Aus der Psychiatrischen Klinik
der Universität – Rheinisches Landeskrankenhaus Düsseldorf
(Ltd. Direktor: Prof. Dr. med. K. Heinrich)

# Tagesklinik – Behandlung bei geronto-psychiatrischen Patienten – eine katamnestische Untersuchung

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Barbara Kersten
~~1981~~
1983

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535714_0002

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität -
Rheinisches Landeskrankenhaus Düsseldorf
(Ltd. Direktor: Prof. Dr. med. K. Heinrich)

# Tagesklinik - Behandlung bei geronto - psychiatrischen Patienten - eine katamnestische Untersuchung

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Barbara Kersten

1981

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez.: Prof. Dr. H. Th. BRÜSTER

Referent
gez.: Prof. Dr. K. HEINRICH

Korreferent
gez.: Frau Prof. Dr. A HEIGL-EVERS

Inhalt:


1.1 Definition und Geschichtliches zur Tagesklinik (Tk) S. 1
1.2. Funktion und Ziele der Tagesklinik in der Geronto-Psychiatrie S. 3
1.3. Vorzüge und Schwierigkeiten der Tagesklinik-Behandlung S. 8
1.4. Parameter zur Erfassung der Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung S. 9
1.5. Die geronto-psychiatrische Tagesklinik Düsseldorf S. 12
1.6. Fragestellung der Arbeit S. 14

2. Methodik der Untersuchung
2.1. Untersuchungsgruppe S. 19
2.2. Untersuchungsplan S. 21
2.3. Erhebungsbogen S. 23
2.4. Auswertung S. 24

3. Ergebnisse
3.1. Biographie und soziale Daten S. 28
3.1.1. Alter und Geschlecht S. 28
3.1.2. Diagnosen S. 30
3.1.3. frühere stationäre Behandlung S. 32
3.1.4. Familienstand und Angehörige S. 32
3.1.5. Rechtsgrundlage der Unterbringung und Einweisungsmodus S. 32
3.1.6. Schulbildung und Beruf S. 35
3.1.7. Wohnsituation und Wohnform S. 37
3.1.8. Zusammenfassung S. 39

3.2. Verstorbene zum 3. Untersuchungszeitpunkt S. 44

3.3. Sozial-praktische Kompetenz S. 47
3.3.1. Verlauf für die Tagesklinik-Gruppe S. 48
3.3.2. Vergleich der Tagesklinik-Diagnosengruppen S. 53
3.3.3. Verlauf für die stationäre Gruppe S. 55
3.3.4. Vergleich der tagesklinisch mit den stationär behandelten Patienten S. 57

3.3.5. Vergleich der einzelnen Diagnosengruppen miteinander S. 5
3.3.6. Zusammenfassung S. 5

3.4. Psychopathologischer Befund S. 6
3.4.1. Verlauf für die Tagesklinik-Gruppe S. 6
3.4.2. Vergleich der Tagesklinik-Diagnosengruppen S. 6
3.4.3. Verlauf für die stationäre Gruppe S. 6
3.4.4. Vergleich der tagesklinisch mit den stationär behandelten Patienten S. 6
3.4.5. Vergleich der einzelnen Diagnosengruppen S. 6
3.4.6. Zusammenfassung S. 6

3.5. Psycho-intellektueller Befund S. 7
3.5.1. Verlauf für die Tagesklinik-Gruppe S. 7
3.5.2. Vergleich der Tagesklinik-Diagnosengruppen S. 7
3.5.3. Verlauf für die stationäre Gruppe S. 7
3.5.4. Vergleich der tagesklinisch mit den stationär behandelten Patienten S. 7
3.5.5. Vergleich der einzelnen Diagnosengruppen miteinander S. 7
3.5.6. Zusammenfassung S. 7

3.6. Somatisch-neurologischer Befund und hirnpathologischer Befund S. 8

3.7. Medikamente S. 8

3.8. Behandlungsdauer S. 8

3.9. Wiederaufnahmerate S. 9

4. Diskussion (Wirksamkeit tagesklinischer Intervention) S. 9

5. Zusammenfassung S. 9

6. Literatur S. 1

7. Anhang: Erhebungsbogen

## 1.1. Definition und Geschichtliches zur Tagesklinik

Problemen des Alterns wird in unserer Gesellschaft immer stärkeres Interesse entgegengebracht. Das ist vor allem auf die Zunahme des Anteils an Älteren und Alten an der Gesamtbevölkerung zurückzuführen.

Zur Lösung hat die Gerontologie, die Wissenschaft vom Altern, in den letzten beiden Jahrzehnten wichtige Erkenntnisse beigetragen. Dennoch steht die Bewältigung vieler Aufgaben in den einzelnen Bereichen des Alterns erst in den Anfängen.

Psychiatrie des Alterns, Gerontopsychiatrie, geht von einer dynamischen Betrachtungsweise des Alternsprozesses aus. Nach OESTERREICH (1975) beschäftigt sie sich mit dem Gesamtvorgang des Alterns und seinen biologischen, psychologischen und sozialen Einwirkungen und Auswirkungen. Innerhalb der Gerontologie erhebt sie koordinatorische Ansprüche und versteht sich als multidisziplinäres Arbeitsgebiet. Sie betätigt sich an der Grundlagenforschung, der klassifikatorischen Ordnung und der Therapie krankhafter Störungen des Alterns.

Tageskliniken sind eine neue, gemeindenahe Therapieform der Psychiatrie. Die erste Tagesklinik wurde 1937 von DZHAGAROV in einem russischen Donkloster beschrieben. In der westlichen Welt wurde die erste Tagesklinik in Großbritannien 1946 von BIERER eröffnet. 1971 definierte BOSCH die Tagesklinik für den deutschen Sprachraum folgendermaßen:
"Tageskliniken sind halbstationäre Einrichtungen zur Behandlung seelisch Kranker, die sich nur tagsüber dort aufhalten, während sie Abend und Nacht im gewohnten familiären

Milieu verbringen."

Der Tagesklinik stehen, im Unterschied zur Tagesstätte, alle Hilfsmittel einer stationären Einrichtung zur Verfügung.

Seit BIERER die Tagesklinik in Großbritannien mit der Vorstellung eröffnete, alle psychiatrischen Patienten in dieser Form behandeln zu können, wurde die tagesklinische Interventionsform zunehmend optimistisch beurteilt und auf weitere Krankheitsbilder, z.B. auch auf geriatische, also allgemein: Krankheitsfälle im Alter, übertragen.

In der Bundesrepublik Deutschland nimmt die Tagesklinikbehandlung in allen Vorschlägen zur Verbesserung der psychiatrischen Situation seit Beginn der siebziger Jahre eine bedeutende Rolle ein. In der Realität jedoch hat sie mit 2 - 3 % aller stationären Behandlungsplätze (Schätzung nach FINZEN 1972) eine untergeordnete Rolle in der Bundesrepublik. Die erste Tagesklinik in der Bundesrepublik Deutschland wurde 1959 in Frankfurt eingerichtet.

1974 wurden auf einem Symposium erstmals die Erfahrungen und die Ergebnisse der deutschen Tageskliniken zusammengetragen. Es wurden zunächst meist Patienten mit Krankheitsbildern aus dem schizophrenen Formenkreis und Neurosen bei jüngeren Patienten behandelt. Die Therapieziele und die Indikationsstellung waren und sind teilweise sehr unterschiedlich.

Bis heute ist die Einrichtung Tagesklinik in ihrer Anwendung, der Indikation, den Therapiezielen und ihrer Effizienz, d.h. ihrer Effektivität (Wirksamkeit) in Relation zu den Kosten umstritten.

Mögliche Gründe dafür sind
- der relativ geringe Bettenanteil mit einer kleinen Zahl behandelter Patienten
- unzureichendes Wissen
- wenige klinische Studien
- sich widersprechende Aussagen über Behandlungsdauer und Kosten der Therapie.

1.2. Funktion und Ziele der Tagesklinik in der Geronto-Psychiatrie:

Nach ihrer Organisationsform lassen sich folgende tagesklinische Einrichtungen unterscheiden:
- isolierte, d.h. unabhängige, losgelöste Tageskliniken ohne stationäre Betten und ambulante stationäre Einrichtungen
- teilintegrierte, d.h. losgelöste Tageskliniken ohne stationäre Betten, aber mit Verbindung zu einer psychiatrischen Klinik oder psychiatrischen Station in einem allgemeinen Krankenhaus
- integrierte, d.h. Tageskliniken mit eigener Versorgung auf dem Gelände einer psychiatrischen Klinik oder Tagesklinik-Behandlung innerhalb einer stationären Abteilung

(nach BERGMANN 1972, WIETHÖLTER 1975).
In der Bundesrepublik haben die meisten Tageskliniken die letztgenannte Organisation.

Nicht unabhängig von der Organisationsform lassen sich unterschiedliche Funktionen der Tagesklinik-Behandlung nennen (BERGMANN 1972, WIETHÖLTER 1975):
- Ersatz einer Vollhospitalisierung bei akut Kranken
- Betreuung nach einer stationären Behandlung im Sinne einer Übergangseinrichtung

- Aktivierung chronisch Kranker
- Entlastung der Angehörigen.

Spezieller ausgeführt bedeutet dies:
- Alternative zur stationären Behandlung solcher Patienten, deren Familien die Patienten zu Hause nicht in dem Ausmaß unterstützen können
- Behandlung reversibler Verhaltensstörungen aufgrund psychischer und körperlicher Ursachen
- Vorbeugen oder Aufschieben der Aufnahme in Pflegeheime und die Erhöhung der Milieutoleranz
- Behandlung irreversibler Verhaltensstörungen in längerdauernder Tagesklinik-Behandlung, solange die Umgebung den Patienten außerhalb der stationären Behandlungseinrichtungen noch aufzunehmen in der Lage ist.

Eine Zusammenstellung von Zielen der Tagesklinik-Intervention findet sich bei STEINKOPFF (1962), FLEXNER, BERGER & FLEXNER (1971), LORENZE, HAMILL & OLIVER (1974), DINGELDEIN (1979):
- Wiederherstellung des Sozialkontaktes
- Resozialisierung
- Überwindung des Aktivitätsverlustes
- Anregung von Eigeninitiative und Durchhaltevermögen
- Mobilisierung des eigenen Verantwortungsgefühls
- Verbesserung bzw. Behebung der Störungen des Erlebens (psychotisch, neurotisch).

FINZEN (1974 und 1977) beschreibt die Funktion der Tagesklinik in der therapeutischen Kette als "Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Psychiatrie" bzw. als Therapieform, mit der die "Trennung von intra- und extramuraler Behandlung aufgehoben werden kann".
Allen dargestellten Funktionen und Zielen kommt besondere Bedeutung bei der Behandlung und Versorgung alters-psychia-

trischer Patienten zu.

Gegenüber Einrichtungen der Altenhilfe ist die geronto-psychiatrische Tagesklinik folgendermaßen abzugrenzen (BRAUER & KRETSCHMAR 1980):

- Altentagesstätten nehmen keine klinisch-psychiatrische Diagnostik und strukturierte Therapieprogramme wahr wie die Tagesklinik. Die Behandlungsdauer ist begrenzt.
- Geriatrische Tageskliniken führen eine vorwiegend somatisch ausgerichtete Behandlung meist internistischer und orthopädischer Erkrankungen durch, während in den geronto-psychiatrischen Tageskliniken Patienten mit psychischen Störungen behandelt werden.

Die Forschung und Erforschung des Alterns und der psychiatrischen Erkrankungen im Alter liefern unterstützende Ergebnisse.

Der Einfluß sozialer und psychologischer Umgebungsfaktoren auf die psychopathologischen Syndrome ist unbestritten, (RUFFIN 1960, BERGENER 1973, OESTERREICH 1975).

GREGER (1974) betont für die Auslösung und den Verlauf depressiver Erkrankungen im Alter neben den an erster Stelle stehenden körperlichen Erkrankungen besonders den Verlust an mitmenschlichen Kontakten und Veränderungen in der beruflich-sozialen Situation.

VOGEL & LUNGERSHAUSEN (1974) fanden bei 46 depressiven Patienten mit der Diagnose Involutionsdepression eine überzufällige Häufung nachteiliger Veränderungen in der beruflich-sozialen Situation.

Nach OESTERREICH (1975) ist der Verlauf psychotischer Erkrankungen, besonders der produktiven Formen, im Alter weitgehend abhängig von der sozialen Situation des Patienten. Isolierte, vereinsamte Menschen, denen es an sozialer Teilhabe fehlt, sind stärker krankheitsgefährdet.

Schon 1961 formulierten CUMMING & HENRY die hierzu im Gegensatz stehende "Disengagement Theory". Sie besagt, das alternde und alte Menschen den Wunsch nach einer Reduzierung sozialer Kontakte haben und sich dementsprechend verhalten. Diese Theorie löste eine Reihe von weiteren Untersuchungen aus und wurde daraufhin teilweise revidiert und modifiziert, sodaß von der alterssoziologischen und alterspsychologischen Forschung auf die Wichtigkeit einer möglichst schnellen Wiederherstellung des Sozialkontaktes, der Erhaltung der Selbständigkeit, besonders bzgl. der alltäglichen Aufgaben hingewiesen wird. Eine umfassende Darstellung findet sich bei LEHR (1974) s. 216 ff.

SCHNEIDER (1974) faßt die Ergebnisse alterspsychologischer Leistungsforschung wie folgt zusammen:

- Erst unter ungünstigen Bedingungen, (z.B. sensorische Deprivation, schlechter Gesundheitszustand, ungünstige Lebensbedingungen, Unzufriedenheit, verminderte Bereitschaft zu sozialen Kontakten) ist im höheren Lebensalter ein intellektueller Leistungsabfall zu erwarten.

Unter günstigen Bedingungen ist mit Konstanz bzw. sogar mit einem Anstieg verschiedener Leistungen zu rechnen.

- Einige Intelligenzfunktionen lassen zwar im Alter nach. Die Reduktion läßt sich durch die Nutzung anderer Funktionen ausgleichen.

- Der Verlauf einer Intelligenzfunktion im Alter ist abhängig von der Schichtzugehörigkeit. Schulbildung, geistiges Training, anspruchsvolle Freizeitbeschäftigung und Gesundheit fördern Intelligenzleistungen.

Nach diesen Befunden ist auch das Defizit-Modell des Alterns, das wie die Disengagement-Theorie mit in die Vorurteile und das Alterssterestereotyp eingeht, in seiner Form umstritten. OESTERREICH (1975) nennt als eine Aufgabe der Gerontopsychiatrie (in Zusammenarbeit mit Psychologie und Soziologie) korrigierend bei der Auseinandersetzung mit dem Alterssterestereotyp zu wirken.

Gesundheit ist kein stationärer, sondern ein dynamischer Gleichgewichtszustand. Es müssen viele Einflußfaktoren in das System eingefügt und beachtet werden. Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO ist "Gesundheit ein Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens."

Der krankhafte Alternsprozess kann erklärt werden durch ein nicht mehr vorhandenes Gleichgewicht der verschiedenen Einflußfaktoren. Folgt man dieser Sichtweise und damit der multidimensionalen Verursachung von krankhaften Alterungsprozessen, so folgt daraus für eine Therapie ein ebenso multidimensionaler Behandlungsansatz mit Beachtung der sozialen und sozialpsychologischen Situation.

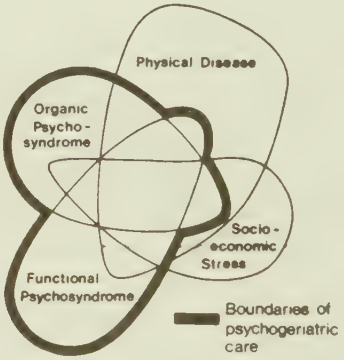
Dieser Therapieansatz findet unter anderem seine Verwirklichung in geeigneter Form in der Tagesklinik-Behandlung.

BERGMANN (1972) stellt in einem Diagramm die verschiedenen

Einflußfaktoren und ihre gegenseitige Interaktion dar, die zu einer Dekompensation des Gleichgewichts führen können.

aus BERGMANN (1972)

The Inter-relationship of Major Stress Factors affecting the Elderly




1.3. Vorzüge und Schwierigkeiten der Tagesklinik-Behandlung:

Die Behandlung in der Tagesklinik hat gegenüber den herkömmlichen Behandlungsformen folgende Vorteile:

- Die Patienten werden nicht aus ihrem bekannten und gewohnten sozialen Milieu herausgelöst. Sie treten morgens in die Behandlung ein und kehren am späten Nachmittag wieder nach Hause zurück. Bindungen familiärer und freundschaftlicher Art können sehr viel unproblematischer aufrechterhalten werden, als dies bei stationärer Therapie möglich ist. Familienangehörige und Bekannte werden in die Verantwortung für die weitere Lebensführung miteinbezogen.

- In der Tagesklinik können spezielle Übungs- und Trainingsprogramme unter kontrollierten Bedingungen kontinuierlich durchgeführt werden. Es besteht ein realer Bezug.
- Die Tagesklinik ist mehr als jede andere Therapieform geeignet, den normalen Tagesablauf des Patienten strukturieren zu helfen.
- Die Patienten nehmen eine klinisch-psychiatrische Behandlung in Anspruch, die sie sonst in vielen Fällen wegen der Vorurteile gegenüber psychiatrischen Kliniken und der negativen Beurteilung durch die soziale Umgebung ablehnen würden.
- Nach GLASER (1972) und GREENBLATT (1964) ist die Tagesklinik die am besten geeignete Form einer Therapie zur Errichtung einer therapeutischen Gemeinschaft.
- Für das Personal fällt der anstrengende Schichtdienst fort.
- Es entstehen weniger Personal- und Verpflegungskosten.

Als Schwierigkeiten einer Tagesklinik-Behandlung werden in der Literatur angeführt:

- Die tägliche "Wiederaufnahme" des Patienten kann zu einem Stress für den Patienten werden (nach der PARSON'schen Rollentheorie), FINZEN (1977).
- Sehr zu beachten ist die Suicidgefahr.
- Die Angehörigen werden stärker mit in die Verantwortung für den Patienten einbezogen. Dies kann zu einer vermehrten Belastung für die Angehörigen werden und einer Ablehnung der Tagesklinik-Behandlung führen.

### 1.4. Parameter zur Erfassung der Wirksamkeit der Tagesklinik-Behandlung:

Jede Therapie, so auch die Tagesklinik-Behandlung bedarf einer empirischen Prüfung ihrer Effektivität. Dies ist bis-

her für die tagesklinische Intervention in der Geronto-Psychiatrie noch nicht befriedigend geschehen.

Für eine solche Prüfung notwendig ist als erstes die Festlegung des Therapiezieles und des Therapieablaufes, sowie die Benennung der Erfolgskriterien (die allgemein als anerkannt zu gelten haben).

Die oben dargestellten Ziele tagesklinischer Intervention sind sehr allgemein formuliert. Für eine empirische Studie muß die Praktikabilität durch eine operationale Definition der Erfolgskriterien erreicht werden. Das ist oft mit großen Schwierigkeiten verbunden oder gar nicht möglich. So wird deshalb in klinischen Studien auf die sogenannten "harten" Daten bei den Erfolgskriterien, wie Aufenthaltsdauer, Wiederaufnahme, zurückgegriffen. Die Aussagekraft ist jedoch nur eingeschränkt gültig für den Therapieerfolg.
Außer der Häufigkeit der Wiederaufnahme und der Dauer der Behandlung werden im anglo-amerikanischen Sprachraum nicht selten Rating-Skalen zur Beschreibung und Messung von Veränderungen verschiedenster Parameter benutzt. Hier existieren inzwischen eine Reihe methodisch einwandfrei erarbeiteter Rating-Skalen zur Erfassung psychiatrischer ebensow wie psychologischer und soziologischer Phänomene.

Z.B. benutzten HERZ et al. (1971) in einer kontrollierten Studie für den Vergleich tagesklinischer mit stationärer Behandlung die "Psychiatric Status Schedule" und die "Psychiatric Evaluation Form". PENK et al. (1978) überprüften in einer ähnlichen Untersuchung den Therapieeffekt mit der "Brief Psychiatric Rating Scale" sowie der "Brief Psychological Screening Battery". Andere Autoren, wie HOGARTY et al. (1968) fügten der Erfassung psychiatrischer Krankheitssymptome weitere Skalen hinzu, z.B. zur Erfassung der Anpassung (KATZ Adjustment Scale) und der Rollenaktivität (Personal

Adjustment and Roll Skills Scale). Bosch (1971) beschrieb den Therapieerfolg tagesklinischer Intervention unter anderem mit der Qualität des Wohnens und des umgebenden Milieus.

ANTHONY, BUELL, SHARATT & ALTHOFF (1972) bewerten die Therapie außer nach der Häufigkeit der Wiederaufnahme mit dem Parameter des Vorhandenseins eines Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses.

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß einzelne Parameter für sich genommen praktisch nur wenig über den Erfolg einer so umfangreichen Intervention wie einer tagesklinischen Behandlung aussagen.

Im anderen Extrem bleibt das verwendete Erfolgsmaß selbst so komplex, daß es nicht eindeutig interpretiert werden kann.

Betrachtet man die Tagesklinik-Programme in ihrer Vielfalt, den unterschiedlichen therapeutischen Zielen sowie den verschiedenen Diagnosen der behandelten Patienten, so wird eine Verallgemeinerung und Übertragung von Einzelergebnissen zumindest manchmal fragwürdig.

Die erst kurze Existenzdauer tagesklinischer Einrichtungen ist sicherlich einer der Gründe für das geringe empirisch gesicherte Wissen über die Wirksamkeit und Effizienz der Tagesklinik-Behandlung. Studien über die Dauer der erzielten Wirkungen bzw. Erhebungen über das Vorhandensein von durch die Tagesklinik-Behandlung erzielten Verbesserungen auch 1 - 2 Jahre nach Entlassung aus der Therapie gibt es bis heute wenige.

HERZ et al. (1971) berichten von signifikant besseren Werten in Skalen zur Erfassung der Routine in der Anforderung des täglichen Lebens und der Gestaltung der Freizeit.

ETTLINGER et al. (1972) berichten ebenfalls in einer follow-up-Studie nach 2 Jahren von einer niedrigeren Wiederaufnahmerate der tagesklinisch Behandelten gegenüber stationär behandelten Patienten.

1.5. Die geronto-psychiatrische Tagesklinik Düsseldorf:

Am 1.10.1977 wurde in der Psychiatrischen Klinik der Universität/Rheinisches Landeskrankenhaus Düsseldorf in der geronto-psychiatrischen Abteilung eine Tagesklinik mit 12 Plätzen eröffnet. In der therapeutischen Kette läßt sich die Tagesklinik zwischen der geronto-psychiatrischen Rehabilitationsstation und der Poliklinik einordnen. Sie hat den Charakter einer integrierten Tagesklinik als Teil der geronto-psychiatrischen Abteilung.

Das therapeutische Team besteht ständig aus einem Arzt (Psychiater, der jedoch noch zwei weitere Stationen zu betreuen hat) und 2 psychiatrisch ausgebildeten Krankenpflegern/-innen, stundenweise einem Beschäftigungstherapeut und einer Krankengymnastin.
Weitere Aufgaben, wie z.B. Musiktherapie, Sozialarbeit, werden von anderen Mitarbeitern der Psychiatrischen Klinik/Rheinisches Landeskrankenhaus wahrgenommen.
Der Tagesklinik bzw. ihren Patienten stehen alle Einrichtungen der Klinik, z.B. das gesamte Inventarium klinischer Diagnostik, zur Verfügung, sie ist jedoch räumlich von den anderen geronto-psychiatrischen Stationen getrennt. Die Tagesklinik arbeitet insbesondere eng mit der Poliklinik zusammen.

Wichtig für einen dauerhaften Therapieerfolg ist im Besonderen auch die Einbindung in das psychosoziale Versorgungsnetz der Stadt Düsseldorf (BRAUER & KRETSCHMAR 1979). Es wird Kontakt mit den niedergelassenen Ärzten, den Heimen und Krankenhäusern, sowie den sozialen Diensten der Stadt Düsseldorf aufgebaut oder vertieft.

Aufgenommen werden Patienten, die in der Regel älter als 60 Jahre sind. Ausschlußkriterien für die Aufnahme in die Tagesklinik sind:

- Patienten mit fortgeschrittenen hirnatrophischen Prozessen
- Stuhl- und Harninkontinenz
- schwere körperliche Behinderung.

Patienten, die nur unter großer Mühe öffentliche Verkehrsmittel für die Anreise benutzen können, werden mit einem Kleinbus abgeholt und wieder nach Hause gebracht.

Die tagesklinische Behandlung erfolgt von 8.15 Uhr bis 16.15 Uhr.
Eine Übersicht über das Programm liefert der folgende Wochenplan:

| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | Anreise med.-klin.-Diagnostik u.Therap. | Anreise med.-klin.-Diagnostik u.Therap. | Anreise med.-klin.-Diagnostik u.Therap. | Anreise med.-klin.-Diagnostik u.Therap. | Anreise med.-klin.-Diagnostik u.Therap. |
| [illegible] | Gemeinsames Kaffeetrinken | Gemeinsames Kaffeetrinken | Gemeinsames Kaffeetrinken | Gemeinsames Kaffeetrinken | Gemeinsames Kaffeetrinken |
| [illegible] | S[illegible] Kurvenvisite Einkaufstag (1-4 Patienten) | B T Merktraining Kochen (1-4 Pat.) | [illegible] Themenzentriertes [illegible] Gespräch + Tanz | Musiktherapie | B T [illegible] Entlassungs-[illegible] |
| | Oberarztvisite | [illegible] Sozialarbeiters | | | |
| [illegible] | Gymnastik | | SOZIALTRAINING (POST ETC.) | Nachgespräch v. Team der Therapeuten | [illegible] |
| | Chor | | | | [illegible] |
| [illegible] | Mittagessen u. Ruhenause | Mittagessen u. Ruhenause | Mittagessen u. Ruhenause | Mittagessen u. Ruhenause | [illegible] |
| [illegible] | Kaffeetrinken | Kaffeetrinken | VORTRÄGE UND INFORMATIONEN VON ÄMTERN UND INSTITUTIONEN | [illegible] | [illegible] |
| 15.00-16.00 | VHS-PROGRAMM | SOZIALTRAINING POLIZEI ETC | | [illegible] Gespräch | [illegible] |
| nach 16.00 | Abfahrt | Abfahrt | | Abfahrt | |

WOCHENPROGRAMM DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN TAGESKLINIK DER UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Zum Sozialtraining gehören unter anderem:
Vorträge der Städtischen Verkehrsbetriebe, der Polizei, der Post, des Sozialamtes, Kurse der Volkshochschule.

Aufgaben der Tagesklinik in ihrem speziellen Bereich sind:
- intensive allgemeinmedizinische Behandlung
- gezieltes Körpertraining
- gezieltes Sozialtraining
  (die beiden letztgenannten zur Erlangung einer eigenen Unabhängigkeit und der Möglichkeit zur Selbstbestimmung.)
- Erlangung einer positiven Einstellung zu der durch und nach der Krankheit veränderten Lebenssituation, damit präventive Gerontopsychiatrie
- Entlastung der vollstationären Einrichtungen.

1.6. Fragestellung der Arbeit:

Nach Berücksichtigung und Abwägen aller Vor- und Nachteile der Tagesklinik-Behandlung erscheint die Tagesklinik gerade für geronto-psychiatrische Kranke indiziert. Mit dieser Therapieform kann der Multidimensionalität der Verursachung und der Behandlung der Krankheitsbilder, sowie der geringen Veränderungstoleranz und Belastbarkeit im Alter ebenso wie der Wichtigkeit der sozialen und sozialpsychologischen Faktoren Rechnung getragen werden.

Nach WING (1978) ist es eine ethische Forderung, wissenschaftliche Forschung über Wirksamkeit und Anwendbarkeit von sozio- und psychotherapeutischen Verfahren durchzuführen. Ähnliche Forderungen stellt das Medical Research Council von Großbritanni (1975) auf: "Fortschritte in der Erzeugung hochwirksamer therape tischer und prophylaktischer Substanzen haben ein Bedürfnis nicht nur zur Feststellung ihrer Wirksamkeit im Vergleich mit bereits vorhandenen Medikamenten oder Behandlungsverfahren hervo

gerufen, sondern auch der Entwicklung von Nebenwirkungen kontinuierlich Aufmerksamkeit zu schenken."

HOFFMANN (1978) fordert für die wissenschaftliche Prüfung von Psychotherapie, daß sowohl eine Veränderung im Verlauf als auch ein Niveauunterschied als Erfolg der Therapie nachweisbar sein muß. Zu der jetzigen Situation bemerkt er, daß, hat sich eine Therapie erst einmal als funktionell zufriedenstellend erwiesen, die Frage der ethischen Implikation kaum noch gestellt wird bzw. ohne Konsequenzen bleibt.

Die Weltgesundheitsorganisation sieht als Ziel einer therapeutischen Intervention die verbesserte Lebenssituation. In dem Dilemma der schwierigen Benennung und Definition von Erfolgsparametern gerade bei psychologischer und psychiatrischer Intervention wird häufig davon Gebrauch gemacht, beobachtbare Verhaltensänderungen als Wirksamkeitsmaße zu verwenden. Diese Tendenz des Zurücktretens intrapsychischer Veränderungen und ihrer Erfassung zugunsten der Messung von Verhaltensänderungen wird teilweise durch methodische Forderungen unterstützt, aber auch sehr kritisch betrachtet. HOFFMANN sieht die Ursache hierfür darin, daß keine Erfolgsparameter vorliegen, die der Komplexität der menschlichen Persönlichkeit gerecht werden.

Soll nun eine neu eingeführte Therapie bzgl. ihrer Wirkung und Effektivität kontrolliert werden, so müssen zur Beschreibung möglichst viele aussagekräftige Parameter, die alle Bereiche des Individuums und seines Lebensraumes erfassen, benutzt werden.

Untersucht werden sollten folgende Änderungen:
- Änderung wievieler und welcher der erfaßten Parameter
- Unterschiede bzgl. der Veränderungen in Abhängigkeit von den verschiedenen Krankheitsbildern

- Veränderungen gegenüber der Aufnahme in die Therapie, welche auch nach längerer Zeit noch feststellbar sind, (z.B. nach 1 Jahr)
- Veränderungen, die sich erst nach der Entlassung ergeben
- Vergleich der Wirksamkeit mit bereits vorhandenen Behandlungsmethoden.

Die Bearbeitung des letztaufgeführten Punktes bereitet oft Schwierigkeiten. Vom ethischen Standpunkt betrachtet, ist es unerläßlich, die Effektivität der Tagesklinik-Behandlung im Vergleich mit anderen Interventionsmethoden zu überprüfen.

Die Tagesklinik, und hier speziell die geronto-psychiatrische Tagesklinik, versteht sich als Teil einer therapeutischen Kette und tritt nicht mit anderen psychiatrischen Institutionen direkt in Konkurrenz (FINZEN 1977). Sie kann zwar einen Teil der Patienten behandeln, die heute in psychiatrischen Einrichtungen oder mittelfristigen Bereichen von Großkrankenhäusern behandelt werden. Sie übernimmt Patienten, die nicht mehr einer vollstationären Behandlung bedürfen, aber zur vollen sozialen Wiedereingliederung noch intensives Training und Unterstützung benötigen. Damit ergibt sich außer der Prüfung der Wirksamkeit und der Effizienz im Vergleich mit anderen Behandlungsformen noch eine weitere Frage : Lohnt es sich, solche Einrichtungen al Teil der therapeutischen Kette aufzubauen ?

Nach KOLLER (1975) und ÜBERLA (1975) ist es methodisch notwendig eine Kontrollgruppe zur behandelten Gruppe im Vergleich mit in den Untersuchungsplan aufzunehmen. Nach BIEFANG et al. (1979) sind Therapieerfolgsberichte, die sich ohne einen Vergleich nur auf sich selbst beziehen, wertlos. Unter Umständen stellen sie nur den natürlichen Krankheitsverlauf dar.

EYSENCK (1952) fordert drei Bedingungen für die Kontrolle psychotherapeutischer Resultate:

- Vergleichsdaten
- Kontrollgruppe

- Nachuntersuchung.

Nach den inhaltlichen Argumenten von FINZEN (1977) gegen den Vergleich einer Tagesklinik-Behandlung mit einer Vergleichsgruppe aus der klassischen psychiatrischen Therapie ist es doch von großer Bedeutung und Wichtigkeit, bei der Neueinführung einer Therapie zur Überprüfung des Erfolges und zur Kontrolle des eigenen Vorgehens eine Vergleichsgruppe heranzuziehen. Die überaus komplexe Interventionsform der Tagesklinik-Behandlung in der Alterspsychiatrie sollte mit Hilfe einer Kontrollgruppe in Bezug auf die Haupteffekte von nicht kontrollierbaren Umwelteinflüssen im Verlauf der Studie, des Älterwerdens der Patienten, besonders in einer follow-up-Untersuchung, und des Untersuchtwerdens sowie den benutzten Hilfsmitteln (in einer Studie besonders den Fragen zur psychisch-intellektuellen Prüfung) kontrolliert werden.

Es ist sinnvoll, als Kontrollgruppe eine solche Gruppe auszuwählen, die mit der häufigsten, meist einzig zur Auswahl stehenden Interventionsform behandelt wurde. Dies ist die stationäre Behandlung, wobei es sich hier nicht um eine standardisierte Vorgehensweise handelt. Es lassen sich große Variationen feststellen. Der Einfluß verschiedenster Faktoren aus der Therapie und der Umgebung auf die Behandlung ist nur wenig bekannt und in seinem Ausmaß und seiner Bedeutung nur schwer zu bemessen. Die Erstellung einer strukturgleichen Kontrollgruppe ist schwierig, und Aussagen über die Ergebnisse eines Vergleichs mit der Behandlungsgruppe haben nur begrenzte Gültigkeit.

Die optimale Methode zur Aufstellung einer Kontrollgruppe ist die Zufallsauswahl. Aus ethischen Überlegungen erschien dieses Vorgehen für die Studie nicht realisierbar. Daher wurde für die

Zusammenstellung der Vergleichsgruppe zur Gruppe der Tagesklinik-Patienten die Methode der Parallelisierung zur Erreichung der Kriteriumsgleichheit für sinnvoll erachtet. Die Parallelisierungskriterien waren neben dem gleichen Behandlungszeitraum

- Alter der Patienten
- Geschlecht
- ICD-Nr. der Hauptdiagnose.

Über die Schwere der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen ist nichts ausgesagt. Ein Vergleich beider Gruppen zum Zeitpunkt der Entlassung zeigt keine Unterschiede bzgl. der Häufigkeit psychopathologischer Symptome.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Beschreibung des Verlaufs tagesklinischer Behandlung bei Patienten der geronto-psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Düsseldorf sowie die Prüfung der Wirksamkeit der Intervention im Vergleich mit einer Gruppe stationär behandelter Patienten dieser Abteilung im gleichen Zeitraum. Die Effektivität wird zu zwei Untersuchungszeitpunkten, bei Entlassung aus der Behandlung und nach 1 Jahr seit Entlassung aus der Behandlung im Sinne einer follow-up-Stud beschrieben. Bedingt durch das bis heute geringe Wissen über die alterspsychiatrische tagesklinische Therapie versteht sich diese Arbeit als Pilotstudie. Für eine möglichst vollständige Beschreibung des Patienten zu einem Untersuchungszeitpunkt und einer umfassenden Überprüfung des Therapieverlaufs und seiner Wirksamkeit wurden insgesamt 195 verschiedene Parameter aus dem körperlichen, dem psychopathologischen, dem psychointellektuellen und dem sozialen Befund zu drei Untersuchungszeitpunkten erhoben. Dies war zu Beginn der Tagesklinik-Behandlung, bei Entlassung aus der Behandlung und 1 Jahr nach der Entlassung aus der Behandlung.

## 2. Methodik der Untersuchung

### 2.1. Untersuchungsgruppe:

In die Untersuchung einbezogen waren alle Patienten, die in der Zeit vom 1.10.1977 bis zum 1.4.1979 aus der Behandlung der geronto-psychiatrischen Tagesklinik der Universitätsklinik Düsseldorf entlassen wurden. Es handelte sich um 46 Personen ($N_{Tk} = 46$).
Als Kontrollgruppe wurden den Patienten der Tagesklinik-Gruppe Kranke zugeordnet, die zur gleichen Zeit aus der stationären Behandlung der Universitätsklinik entlassen wurden. Diese Gruppe wird im folgenden als "stationäre Gruppe" bezeichnet, ($N_{stat.} = 46$). Die Auswahl und Zuordnung der Patienten für die stat. Gruppe erfolgte auf der Basis der Krankenblattdokumentation. Hierfür werden in der Universitätsklinik Rheinisches Landeskrankenhaus Düsseldorf strukturierte Bögen verwendet. Die stat. Gruppe war nach den Kriterien Alter, Geschlecht und Nummer der Diagnose nach dem ICD,8 der WHO, parallelisiert.

Der Verlauf der Therapie und der Zustand der Patienten nach einem Jahr nach Entlassung aus der Behandlung wurden durch Untersuchungen zu folgenden Zeitpunkten erfaßt:

- Für die Tagesklinik-Gruppe:
  bei der Aufnahme in die Tagesklinik (Meßzeitpunkt Mzp 1), bei Entlassung aus der Tagesklinik-Behandlung (Meßzeitpunkt Mzp 2) und 1 Jahr nach der Entlassung (Meßzeitpunkt Mzp 3)
- Für die stationäre Gruppe:
  bei Entlassung aus der stationären Behandlung (Meßzeitpunkt Mzp 2) und 1 Jahr nach der Entlassung (Meßzeitpunkt Mzp 3).

Tab. 2.1.

Erfassung der Daten zu den verschiedenen Meßzeitpunkten (X):

| Meßzeitpunkte / Gruppe | Tagesklinik Aufnahme (Mzp 1) | Entlassung aus d. Klinik-Behandl. (Mzp 2) | 1 Jahr nach der Entlass (Mzp 3) |
|---|---|---|---|
| TK Teil- bzw. Stationäre | X | X | X |
| Stat. Behandlung | - | X | X |

Die Erhebung und Dokumentation der Daten am Mzp 1 und Mzp 2 für die Tagesklinik-Gruppe erfolgte in den Räumen der Tagesklinik. Für die Nachuntersuchung zum Mzp 3 wurden die Patienten beider Gruppen schriftlich zu einem Besuch für einen Tag in die Tagesklinik eingeladen. War ein Kommen der Patienten aus verschiedensten Gründen (z.B. weite Entfernung des derzeitigen Wohnortes von der Tagesklinik, nicht zumutbare Verkehrsbedingungen, usw.) nicht möglich, so erfolgte ein Besuch des Untersuchers nach vorheriger Anmeldung in der Wohnung des Patienten.
Als Grund für die Einladung wurde den Patienten angegeben:
- ein persönliches Interesse am Gesundheitszustand als ehemaliger Patient im Rahmen einer Nachbetreuung
- eine Überprüfung für eine weitere Verbesserung der Nachbetreuung in der Universitätsklinik Düsseldorf.

Beide Patientengruppen wurden nach den Diagnosen zu je vier "Diagnosengruppen" zusammengefaßt (siehe Tab. 3.2. S. 31):
- Diagnosengruppe I : exogene Psychosen
  ICD-Nr. 290.0 - 293.9
  Demenzen bei präseniler und seniler Hirnkrankheit, Psychosen bei anderen organischen Hirnstörungen
- Diagnosengruppe II : endogene Psychosen, schizophrene Symptomatik
  ICD-Nr. 295.0 - 295.9 und 297.0 - 297.9
  Schizophrenie und paranoide Syndrome (mit Ausnahme der unter 298.3 erfaßten akuten paranoiden Reaktionen).

- Diagnosengruppe III : endogene Psychosen, depressive Symptomatik:
  ICD.-Nr. 296.0 - 296.9
  Affektive Psychosen
- Diagnosengruppe IV : Abhängigkeit
  ICD-Nr. 303.0 und 304.0
  Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit

2.2. Untersuchungsplan:

Betrachtet man den Verlauf der Therapie, der die Tagesklinik-Patienten zugeführt wurden und die Ergebnisse, so handelt es sich um eine prospektive Studie, d.h. eine Schlußweise wird angewandt, die von den Ursachen ausgehend im Verlauf der Zeitachse auf die Wirkung sieht, (Biefang et al. 1978) oder um ein Zeitreihenexperiment nach der Nomenklatur von CAMPELL & STANLEY (1973). Fehlerquellen bei dieser methodischen Vorgehensweise sind:

- "experimentelle Einbuße", d.h. das Ausscheiden in selektiver Form
- keine Kontrolle des Einflußes zwischenzeitlichen Geschehens
- keine Möglichkeit der Abschätzung des zwischenzeitlichen Krankheitsverlaufs
- Gefährdung der äußeren Gültigkeit dadurch, daß der Effekt nur für solche Gruppen gelten könnte, die mehrmals einer solchen Untersuchung unterzogen würden.

Um diese Fehlermöglichkeiten zu kontrollieren, zumindest aber abschätzen zu können, wurde die oben beschriebene stationäre Gruppe mit der Funktion einer Kontrollgruppe in die Studie aufgenommen.

Abb. 2.2.
Untersuchungsplan:

| Gruppe | Meßzeitpunkte / Zeitachse | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Teil/bzw. | Mzp 1 | Mzp 2 | Mzp 3 |
| Tk-Gruppe | stat. Behandl. | X 0 | X | X |
| stat.Gruppe | | - - | X | X |

X = Erhebung und Dokumentation der Befunde
0 = tagesklinische Intervention

Die Dokumentation von Befunden zum Meßzeitpunkt 1 für die stationäre Gruppe erfolgte nicht. Einen äquivalenten Zeitpunkt zur Tagesklinik-Aufnahme während des Therapieverlaufs gibt es während der stationären Behandlung nicht. Der Aufnahmebefund bei Beginn der stationären Behandlung ist ebenfalls nicht gleichwertig, da 68 % der Tagesklinik-Patienten stationär vorbehandelt wurden.

Ziel der Arbeit ist die Erfassung des Verlaufs tagesklinischer Intervention und deren Wirksamkeit. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Bereich der sozial-praktischen Kompetenz zu, da daß Training sozialer Fertigkeiten im Hinblick auf eine Erhaltung bzw Verbesserung der sozial praktischen Kompetenz einen Schwerpunkt des tagesklinischen Programms darstellt. Für diesen Bereich läßt sich die Wirksamkeit sinnvoll erst ermitteln durch Erhebung eines Befundes einige Zeit nach der selbständigen Anwendung des Trainierten.

Die gewählten Untersuchungszeitpunkte für die stationäre Gruppe entsprechen dem Ziel, mittels Vergleich der Ergebnisse beider Gruppen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Behandlung (d.h. wenn alle Patienten wieder in das soziale Leben entlassen werden) eine Bestimmung des Niveaus der erreichten therapeutischen Verbesserung bzw. Behebung der Störungen machen zu können. Durch eine Erhebung der Daten zum 3. Meßzeitpunkt 1 Jahr nach Entlassu

aus der Behandlung wird es möglich, Aussagen über das Ausmaß der Veränderungen innerhalb dieses Jahres zu machen, wobei die stationäre Gruppe eine Abschätzung der oben aufgeführten Fehlermöglichkeiten (methodischer Art) ermöglicht.

2.3. Erhebungsbogen:

Bei dem Erhebungsbogen handelt es sich um ein semi-strukturiertes Interview, das sowohl offene als auch geschlossene Fragen enthält. Die Tagesklinik-Behandlung soll in ihrer Wirkung nicht nur auf die Veränderung spezieller Symptome, sondern in ihrer gesamten Komplexität erfaßt werden. Es soll ein möglichst umfassender Befund erhoben werden. Folgende Bereiche lassen sich dabei unterscheiden:

| | |
|---|---|
| - Biographische Anamnese und sozialer Status | 20 Items |
| - Sozial-praktische Kompetenz (mit Pflegestatus) | 20 " |
| - Psychopathologischer Befund | 65 " |
| - Psycho-intellektueller Befund | 18 " |
| - Somatisch-neurologischer Befund (mit Krankheitsanamnese und Laborwerten) und hirnpathologischer Befund | 55 " 13 " |
| - Medikamente | 4 " |

Insgesamt handelt es sich um 175 Items zu jedem der 3 Meßzeitpunkte und 20 Items der biographischen Anamnese und des sozialen Status.
Die meisten der verwendeten Items entsprechen denen der Vorentwürfe zum AGP-Inventar der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Geronto-Psychiatrie. Zu Beginn der Studie war es leider noch nicht einsetzbar. Wesentliche Unterschiede sind:
- die Items des psychopathologischen Befundes werden nur mit den

Ausprägungen "vorhanden/nicht vorhanden" erfaßt.
- für die Beschreibung der sozial-praktischen Kompetenz wurden neue Items formuliert.

Labordaten und Daten diagnostischer Verfahren wie EEG und CT wurden zum 3. Meßzeitpunkt nicht erhoben.
Vollständiger Erhebungsbogen: siehe Anhang

## 2.4. Auswertung

Das Untersuchungsprotokoll (Erhebungsbogen) enthält:
- 126 nominal-skalierte Daten mit zwei Ausprägungen
- 33 nominal-skalierte Daten mit mehr als zwei Ausprägungen
- 26 ordinal-skalierte Daten
- 8 metrisch-skalierte Daten.

Es wurden in der Studie nur abhängige Daten erhoben. Zur Berechnung und Prüfung statistisch signifikanter Unterschiede wurden folgende Tests angewandt:
- bei nominal-skalierten Daten mit zwei Ausprägungen:
  McNEMAR-Test
  Er wurde 1947 von McNEMAR zur Prüfung statistischer Unterschiede korrelierender Stichproben benutzt. Über die Schätzung des Standardfehlers der Häufigkeitsdifferenz kann die Hypothese der gleichen Wahrscheinlichkeit der Ausprägungen über die $\chi^2$-Verteilung geprüft werden.
- bei den nominal-skalierten Daten mit mehr als zwei Ausprägungen erfolgte die Prüfung auf signifikante Unterschiede in den Häufigkeiten der Ausprägungen einer Variable mit Hilfe der Kontigenztafel. Für korrelierende Stichproben gibt es einen Lösungsweg über die Chi-Quadrat ($\chi^2$)-Verteilung:
  $\chi^2$ berechnet sich nach der Formel:

$$\chi^2 = \sum \frac{(a_{ij} - a_{ji})^2}{a_{ij} + a_{ji}}$$

mit $a_{ij}$ = Besetzung des Felden ij einer Kontigenztafel mit i Zeilen und j Spalten.
Anzahl der Freiheitsgrade

$$f = \frac{i\ (j-i)}{2}$$

- Der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ist ein parameterfreies Verfahren zur Prüfung von Hypothesen bei verbundenen Stichproben. Die Daten haben Ordinal-Skalen Niveau. Geprüft werden die Differenzen miteinander verbundener Werte. Den Differenzen werden Rangzahlen (bei Anordnung der Größe ihrer Absolutbeträge nach) zugeordnet, diesen Rangzahlen beigegeben werden die ursprünglichen Vorzeichen. Danach wird die Rangsumme der negativen oder die Rangsumme der positiven Differenzen bestimmt. Von dieser Summe wird anschließend ihr Erwartungswert E abgezogen. Der Erwartungswert E berechnet sich folgendermaßen:

$$E = \frac{N\ (N + 1)}{4}$$

N = Anzahl der Patienten
Falls die Anzahl der Elemente jeder der beiden Stichproben größer als N = 25 ist, kann die Verteilung der Rangsummen der Normalverteilung approximiert werden.

- Für die Prüfung des Unterschiedes zwischen den 4 Diagnosegruppen innerhalb der Tagesklinik-Gruppe zu einem Meßzeitpunkt wurde eine "einfache Varianzanalyse" nach FISHER durchgeführt für die Daten des psychopathologischen Befundes. Dazu wurde die Häufigkeit der Störungen innerhalb einer Symptomgruppe, z.B. Denkstörung, und einer Diagnosengruppe summiert und durch die Anzahl der zu einer Symptomgruppe zusammengefaßten Symptome dividiert. Sie kann angewandt werden, wenn die

aus der Studie gewonnenen Mittelwerte nur nach einem Merkmal in Gruppen zusammengefaßt sind. Es wird vorausgesetzt, die Streuung der Zufallsvariablen sei in den Grundgesamtheiten der Stichproben gleich, die Varianz der Stichproben sei nicht signifikant unterschiedlich.

Die Varianzanalyse testet die Nullhypothese $H_o$: alle Mittelwerte sind gleich. Ist dies richtig, d.h. haben alle Verteilungen den gleichen Mittelwert $\mu$, so ist

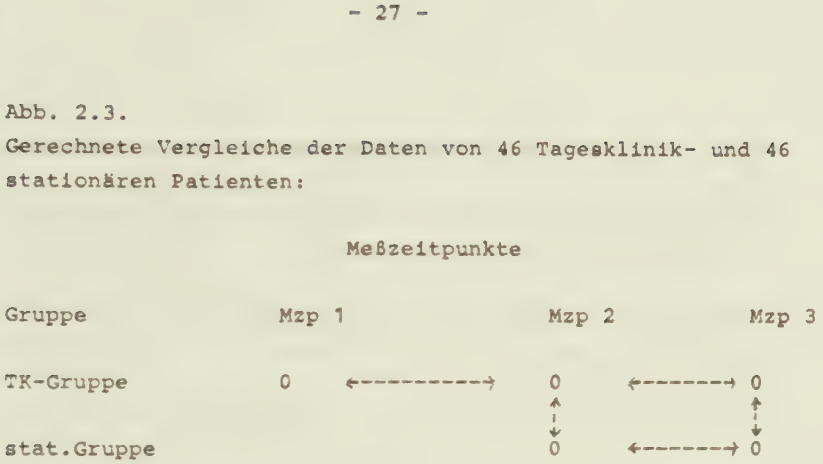
$$\frac{1}{\sigma^2} \sum_{i=1}^{k} (x_i - x)^2 \, n_i$$

$\chi^2$ - verteilt mit (k - 1) Freiheitsgraden. Ist die Hypothese nicht richtig, so wird der Ausdruck im allgemeinen größer als es der $\chi^2$ - Verteilung entspricht. Es kommen ja zusätzlich zu der durch die Varianz bedingten Streuung der $x_i$ noch die durch die Unterschiede der Mittelwerte bedingte Streuung hinzu.
Für die Daten der sozial-praktischen Kompetenz, des psychointellektuellen Befundes und der Medikamente wurden die Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen in der Tagesklinik über die Kontigenztafel und $\chi^2$ - Verteilung getestet.
MARTINI (1968), PFLANZAGL (1972), CLAUSS/EBNER (1975).

Die Durchführung der statistischen Auswertung erfolgte im Rechenzentrum der Universität Düsseldorf mit dem Statistical Package for Social Sciences, SPSS, Version 7.

Gerechnete Vergleiche der Daten bei 46 Tagesklinik- und 46 stationären Patienten:

Abb. 2.3.
Gerechnete Vergleiche der Daten von 46 Tagesklinik- und 46 stationären Patienten:




0 = erhobene Daten an einem Meßzeitpunkt
←-----→ = mit statist. Tests auf Signifikanz geprüft

Für die unterschiedlich skalierten Items wurden in jedem Vergleich die oben beschriebenen Tests angewandt. Folgende Vergleiche wurden auf statistisch signifikante Unterschiede geprüft:

1. Für den Tagesklinik-Behandlungsverlauf
   Daten des Mzp 1 verglichen mit Daten des Mzp 2
   " Mzp 2 " Mzp 3
   " Mzp 1 " Mzp 3

2. für die stationäre Behandlung
   Daten des Mzp 2 verglichen mit Daten des Mzp 3

3. für die 4 Diagnosengruppen innerhalb der Tagesklinik-Gruppe
   4 Diagnosengruppen zum Mzp 1
   4 " zum Mzp 2
   4 " zum Mzp 3

4. für die Tagesklinik-Gruppe verglichen mit der stationären Gruppe
   Tagesklinik- verglichen mit stationären Gruppe zum Mzp 2
   Tagesklinik- verglichen mit stationären Gruppe zum Mzp 3

5. für den Verlauf der Tagesklinik-Diagnosengruppen einzeln betrachtet, d.h. für die Tagesklinik-Gruppe III (affektive Psychosen)
   a. Tagesklinik-Gruppe III am Mzp 1 verglichen mit Mzp 2
      " Mzp 2 " mit Mzp 3

   b. Tagesklinik-Gruppe III verglichen mit stationären Gruppe II
      am Mzp 2 und
      am Mzp 3

3. Ergebnisse:

3.1. Biographische Anamnese und sozialer Status:
3.1.1. Alter und Geschlecht:

Das Durchschnittsalter in beiden Patientengruppen betrug

| | |
|---|---|
| Tagesklinik-Gruppe: | 69,6 Jahre |
| stationäre Gruppe: | 69,7 Jahre |
| Minimum | 53 Jahre |
| Maximum | 85 Jahre |

bei Aufnahme in die Behandlung.

In beiden Untersuchungsgruppen wurden je 37 Frauen und 9 Männer in die Studie einbezogen.

Tab. 3.1.

Geschlechtsverteilung bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten:

(Tagesklinik-Gruppe abgekürzt Tk, stationäre Gruppe abgekürzt stat.)

| Geschlecht | Tk(n) | stat.(n) | % |
|---|---|---|---|
| Frauen | 37 | 37 | 80,5 |
| Männer | 9 | 9 | 19,5 |
| | 46 | 46 | 100,0 |

Das Verhältnis der Frauen zu der Anzahl der Männer betrug 4 : 1. In der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland besteht bei den über 60-jährigen zwar ebenfalls ein Überhang von Frauen, jedoch in einem Verhältnis von 3 : 2, laut Statistischem Jahrbuch (1978). Die Enquete 1974 stellt auch in psychiatrischen Krankenhäusern ein Überwiegen der weiblichen Patienten über 65 Jahre im Verhältnis 3 : 2 fest. In der Tagesklinik wird damit ein weit höherer Anteil an weiblichen Patienten behandelt. Als Gründe hierfür können angesehen werden

- der hohe Anteil affektiver Psychosen unter den Tagesklinik-Patienten. Für die affektiven Psychosen gibt es einen zweiten Häufigkeitsgipfel im Alter von 60 - 70 Jahren mit einem größeren Anteil erkrankter Frauen, CIOMPI (1972).
- ein spezieller Selektionseffekt der Tagesklinik. Der Tagesklinik-Behandlung zugeführt wurden solche Patienten, die vor ihrer Erkrankung selbständig, meist in einem eigenen Haushalt gelebt hatten. Für diese Patienten wurde die Tagesklinik-Behandlung als besonders indiziert angesehen, um nach der Entlassung wieder in der alten Umgebung zu leben. Nach dem Statistischen Jahrbuch 1978 lebten im April 1977 etwa 5 mal

soviele Frauen wie Männer über 65 Jahre in Ein-Personen-Haushalten mit weiblichem Haushaltsvorstand. Die Frauen lebten also wesentlich häufiger allein, es gab auch mehr Frauen die als potentielle Tagesklinik-Patienten in Frage kamen.

3.1.2. Diagnosen:

Die Klassifikation der Krankheitsbilder erfolgte nach der International Classification of Diseases der WHO, 8 th revision. Die Häufigkeit der Diagnosen siehe Tab. 3.2.

Psychiatrische Nebendiagnosen hatten
in der Tagesklinik-Gruppe n = 22 (48 %) und in der
stationären Gruppe n = 15 (32 %).
Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Als Nebendiagnosen wurden genannt alle die Diagnosen, die auch als Hauptdiagnosen gestellt worden waren.

Tab. 3.2.

Häufigkeit der Diagnosen bei 46 tagesklinisch- und 46 stationär behandelten Patienten

| Diagnose | Tk(n) | stat.(n) |
|---|---|---|
| 29o.o Senile Demenz | 3 | 3 |
| 29o.1 Demenz bei präseniler Hirnkrankh. | 1 | 1 |
| 293.o Psychosen bei Hirnarteriosklerose | 6 | 8 |
| 293.1 Psychosen bei anderen cerebralen Durchblutungsstörungen | 2 | - |
| 295.3 Schizophrenie, paranoide Form | 3 | 2 |
| 295.6 Schizophrene Rest- u. Defektzust. | 1 | 2 |
| 297.1 Paranoide Psychose i. Involutionsalter | 9 | 9 |
| 296.o Involutionsdepression | 10 | 10 |
| 296.1 Manie i.R. einer manisch-depress. Psychose | 2 | - |
| 296.3 Zirkuläre Verlaufsform manisch-depressiver Psychose | 1 | 3 |
| 3o3.2 Chronischer Alkoholmißbrauch | 6 | 6 |
| 3o4.2 Medikamentenabh. (Barbiturate) | 1 | 1 |
| 3o4.8 Medikamentenabh. (andere) | 1 | 1 |

### 3.1.3. Frühere stationäre Behandlung:

Frühere Aufnahmen zur stationären Behandlung hatten 85 % (n= 39) der Tagesklinik-Patienten und 70 % (n = 32) der stationären Gruppe. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant.

Mehr als eine Wiederaufnahme in die stationäre Behandlung hatten in der Tagesklinik-Gruppe n = 28 (61 %) und in der stationären Gruppe n = 13 (28 %) der Patienten. Dieser Unterschied ist signifikant, WILCOXON, Z=-2.44, p = 1.46.

### 3.1.4. Familienstand und Angehörige:

Von den Tagesklinik-Patienten waren 35 % verheiratet, 33 % verwitwet, 32 % ledig oder geschieden. In der stationären Gruppe waren 26 % verheiratet, 52 % verwitwet, 22 % ledig oder geschieden.
Die Kontingenztafel ergibt keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Tab. 3.4.

Familienstand bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten bei Entlassung aus der Behandlung

| Familienstand | Tk(n) | % | stat.(n) | % |
|---|---|---|---|---|
| ledig | 8 | 17,4 | 4 | 8,7 |
| verheiratet | 15 | 32,6 | 12 | 26,1 |
| verwitwet | 15 | 32,6 | 24 | 52,2 |
| geschieden/getrennt | 7 | 15,2 | 6 | 13,0 |
| andere | 1 | 2,2 | - | - |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

Keine Angehörigen hatten in der Tagesklinik-Gruppe n = 6 (13 %) und in der stationären Gruppe n = 5 (10,9 %). Bei n = 37 (80,5 %) der Patienten der Tagesklinik-Gruppe lebten noch Geschwister, Kinder oder auch beide. Dies war in fast gleicher Höhe, n = 36 (78,9 %), bei den Patienten der stationären Gruppe der Fall.

Tab. 3.5.

Angehörige bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten bei Entlassung aus der Behandlung

| Angehörige | Tk(n) | % | stat.(n) | % |
|---|---|---|---|---|
| keine | 6 | 13,0 | 5 | 10,9 |
| Geschwister | 9 | 19,6 | 11 | 23,9 |
| Kinder | 20 | 43,5 | 8 | 18,0 |
| Geschwister u. Kinder | 8 | 17,4 | 17 | 37,0 |
| andere | 3 | 6,5 | 5 | 10,9 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

3.1.6. Rechtsgrundlage der Unterbringung und Einweisungsmodus:

Von den Kranken der Tagesklinik-Gruppe wurden n = 37 (80,5) freiwillig aufgenommen, in der stationären Gruppe waren es n = 31 (67,4 %). Alle anderen Patienten der beiden Gruppen verteilten sich auf die Kategorien Unterbringung durch Pflegschaft, Vormundschaft oder durch Psych.KG.

Von den Tagesklinik-Patienten waren n = 18 (39,1 %) durch den

Hausarzt eingewiesen, n = 12 (26 %) durch die Poliklinik und n = 16 (34,9 %) durch "andere". Im Unterschied dazu waren n = 30 (64,2 %) der stationären Gruppe vom Hausarzt, n = 2 (4,3 %) durch die Poliklinik, und n = 14 (31,5 %) durch "andere" eingewiesen. Die Kategorie "andere" faßt Krankenhäuser, Bekannte, Vormund/Pfleger und Ämter zusammen:

Tab. 3.6.

Rechtsgrundlage der Unterbringung bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten

| Rechtsgrundlage | Tk(n) | % | stat.(n) | % |
|---|---|---|---|---|
| freiwillig | 37 | 80,4 | 31 | 67,4 |
| Pflegschaft | 3 | 6,5 | 6 | 13,0 |
| Vormundschaft | 3 | 6,5 | 4 | 8,7 |
| Psych.Kg | 2 | 4,3 | 5 | 10,9 |
| gerichtl. Anordnung | 1 | 2,2 | - | - |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

Tab. 3.7.

Einweisungsmodus bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten

| Einweisungsmodus | Tk(n) | % | stat.(n) | % |
|---|---|---|---|---|
| Hausarzt | 18 | 39,1 | 30 | 65,2 |
| Poliklinik | 12 | 26,0 | 2 | 4,3 |
| andere | 16 | 34,9 | 14 | 31,5 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

andere steht stellvertretend für:
Krankenhäuser, Bekannte, Vormund/Pfleger und Ämter

3.1.6. Schulbildung und Beruf:

In der Tagesklinik-Gruppe wiesen n = 19 (41 %) einen höheren Ausbildungsstand als den Volksschulabschluß auf. In der stationären Gruppe hatten weit mehr Patienten, n = 39 (85 %) nur einen Volksschulabschluß. Lediglich n = 7 (15 %) hatten einen höheren Abschluß als den Volksschulabschluß; dies ist mit $p < 1$ % signifikant (McNEMAR).

Tab. 3.8.

Schulbildung bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten.

| Schulbildung | Tk(n) | % | stat.(n) | % |
|---|---|---|---|---|
| Volksschule | 27 | 59,0 | 39 | 85,0 |
| Realschule | 9 | 19,5 | - | - |
| Abitur | 2 | 4,3 | - | - |
| Handelsschule | 5 | 10,9 | 3 | 6,4 |
| nicht erhebbar | 3 | 6,4 | 4 | 8,6 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

Zum Zeitpunkt des Beginns der Studie waren alle Patienten in beiden Gruppen nicht mehr berufstätig.

Sowohl in der Tagesklinik-Gruppe als auch in der stationären Gruppe hatten viele Patienten ein früheres Beschäftigungsverhältnis als Angestellte und Selbständige. In der Tagesklinik-Gruppe waren es n = 19 (41,9 %) und in der stationären Gruppe n = 20 (43,4 %) der Patienten. Als Arbeiter beschäftigt waren in der Tagesklinik-Gruppe n = 8 (17,6 %) und in der stationären Gruppe n = 10 (21,7 %) der Kranken.

Tab. 3.9.

Früheres Arbeitsverhältnis bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten

| Früheres Arbeits-verhältnis | Tk(n) | % | stat.(n) | % |
|---|---|---|---|---|
| Hausfrau | 9 | 19,5 | 12 | 26,0 |
| Selbständig/Handwerker | 9 | 19,5 | 9 | 19,5 |
| Angestellter | 20 | 43,4 | 11 | 23,9 |
| Arbeiter | 8 | 17,6 | 10 | 21,7 |
| nicht erhebbar | - | - | 4 | 8,9 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

3.1.7. Wohnsituation und Wohnform:

Vor Beginn der Behandlung lebten n = 42 (91,3 %) der Tagesklinik-Patienten in der eigenen Wohnung, dagegen nur n = 34 (73,9 %) der stationären Gruppe. 1 Jahr nach der Entlassung aus der Behandlung lebten in beiden Gruppen weitaus weniger Patienten noch in der eigenen Wohnung. Es waren in der Tagesklinik-Gruppe n = 24 (52,1 %) und in der stationären Gruppe n = 16 (34,7 %). Das ist in der Tagesklinik-Gruppe ein Rückgang um 42,8 %, in der stationären Gruppe ein Rückgang von 47 %.

In der Tagesklinik-Gruppe lebten annähernd 3 mal soviel Patienten, nämlich n = 17 gegenüber n = 6 in der stationären Gruppe allein. In der stationären Gruppe hingegen lebten mehr Patienten in einer Institution wie Altenheim, Altenpflegeheim oder Altenkrankenheim, n = 21 gegenüber nur n = 10 der tagesklinischen Patienten vor Beginn der Behandlung.

Tab. 3.10.

Veränderung der Wohnsituation bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten während des Untersuchungszeitraumes

| Gruppe | Vor der Behandlung | | Bei der Entlassung | | Nach 1 Jahr | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tk-Patienten (n = 46) | eigene Wohnung | 42 | eigene Wohnung | 35 | eigene Wohnung | 24 |
| | | | Heim | 7 | Heim | 13 |
| | | | | | Krankenhaus | 4 |
| | | | | | verstorben | 1 |
| | Heim | 4 | Heim | 4 | Heim | 4 |
| stat. Patienten (n = 46) | eigene Wohnung | 34 | eigene Wohnung | 24 | eigene Wohnung | 16 |
| | | | Heim | 9 | Heim | 12 |
| | | | Krankenhaus | 1 | | |
| | | | | | verstorben | 6 |
| | Heim/Kranken-haus | 12 | Heim | 11 | Heim | 9 |
| | | | Krankenhaus | 1 | | |
| | | | | | verstorben | 3 |

Tab. 3.11.

Wohnform vor der Behandlung bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten

| Wohnform | Tk(n) | % | stat.(n) | % |
|---|---|---|---|---|
| allein lebend | 17 | 37,0 | 6 | 13,0 |
| mit Angehörigen | 19 | 41,3 | 18 | 39,1 |
| in einer Institution (Mehrbettzimmer) | 10 | 21,7 | 21 | 45,5 |
| nicht erhebbar | - | - | 1 | 2,4 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

3.1.8 Zusammenfassung:

In beiden Untersuchungspopulationen wurden je 4 Diagnosengruppen gebildet. Die Besetzung der Gruppen in der Häufigkeit war annähernd gleich stark. Der Anteil der Patienten mit schizophrener Symptomatik war mit n = 13 (29 %) im Vergleich zu Berichten anderer Tageskliniken niedrig, BOSCH (1971), BUDSON et al. (1972), VIETZE et al. (1976), WIETHÖLTER (1975), WASHBURN et al. (1976).

Der Anteil der affektiven Psychosen dagegen ist mit n = 13 (29 %) höher als von anderen Tageskliniken berichtet wird. Der Unterschied in der Häufigkeit der Diagnosen tagesklinisch behandelter Patienten entsteht durch das verschiedene Durchschnittsalter der Patientengruppen.

GOLDSTEIN & CARLSON (1976) beschreiben für die von ihnen untersuchte Klientel einer geronto-psychiatrischen Tagesklinik eine ähnliche Zusammensetzung der Diagnosen wie in dieser Untersuchung.

Der Anstieg der Häufigkeit der in der Tagesklinik behandelten affektiven Psychosen entspricht dem zweiten Häufigkeitsgipfel dieser Krankheitsgruppe um das 60. - 70. Lebensjahr, überwiegend bei weiblichen Patienten, CIOMPI (1972).
Die Enquete (1974) beschreibt bei den über 55-jährigen und älteren Frauen eine Häufigkeit der affektiven Psychosen von 74,2 % gegenüber nur 25,8 % bei gleichaltrigen Männern (Durchschnitt in den psychiatrischen Kliniken der Bundesländer Schleswig-Holstein, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland).

Im Vergleich zu den Patienten anderer Tageskliniken ist in dieser Studie der Anteil der Alkohol- und Medikamentenabhängigen hoch. Es besteht derzeit noch kein Konsens über die Indikation zur Tagesklinik-Behandlung für diese Patientengruppe.

Die Beschreibung der Diagnosen macht die Inhomogenität der Tagesklinik-Gruppe deutlich. Vergleiche der Behandlungsergebnisse der Düsseldorfer Tagesklinik mit anderen Tageskliniken sind daher zu relativieren und eigentlich nur für jede der Diagnosengruppe einzeln durchführbar.

Über die quantitative Ausprägung verschiedener Parameter des Krankheitsbildes kann die Nennung der Diagnose keine Aussage beinhalten. Die signifikant höhere Anzahl führerer stationärer Behandlungen in der Tagesklinik-Gruppe kann ihre Ursache auf verschiedenen Gebieten haben: der relative hohe Anteil früherer stationärer Behandlungen wird nach Meinung vieler Autoren bedingt

durch den hohen Anteil affektiver Psychosen und dem zirkulären bzw. mehrphasigen Verlauf, ist jedoch auch nicht frei von dem Mechanismus der "Drehtür"-Psychiatrie. VIETZE et al. (1976) interpretieren den Sachverhalt in einem häufiger chronischen Krankheitsverlauf, zum anderen weisen sie daraufhin, daß eine größere diagnostische Sicherheit, bedingt durch die häufigeren vorangegangenen Aufnahmen eine direkte Tagesklinik-Aufnahme eher ermöglicht.
Eine weitere mögliche Ursache liegt in der Inhomogenität der Tagesklinik-Gruppe begründet. Von den 46 Patienten waren n = 28 (61 %) mehr als 1 Mal stationär aufgenommen. Gleichzeitig waren die Patienten stark in die Betreuung durch die Poliklinik einbezogen. Hierdurch kommt es möglicherweise zu einer frühzeitigen Einweisung in die Tagesklinik, bevor eine totale Dekompensation eine stationäre Aufnahme notwendig macht, wiederum besonders bei den affektiven Psychosen. Von den 46 Tagesklinik-Patienten waren n = 18 (39,1 %) direkt aufgenommen.

Dieser Punkt macht die oben dargestellten verschiedenenen Funktionen der Tagesklinik auch innerhalb der in dieser Studie untersuchten Patienten deutlich. 60,9 % der Patienten wurden in die Tagesklinik nach stationärer Vorbehandlung aufgenommen. Die Tagesklinik mit ihrem speziellen Interventionsprogramm hat die Aufgabe der Erleichterung des Übergangs und die gute Vorbereitung der Rückkehr aus der Klinik. Unter diesen Patienten befinden sich auch schwer zu rehabilitierende Fälle im Sinne von VIETZE et al. (1976).

Eine zweite wichtige Gruppe sind die direkt aufgenommenen Patienten, für die die Tagesklinik-Behandlung die Verhinderung der stationären Aufnahme bedeutet.

Diese Funktion der Tagesklinik kann besonders gut wahrgenommen

werden, wenn eine Einbindung der Tagesklinik und der Poliklinik in die therapeutische Kette besteht. Der Einweisungsmodus "Poliklinik" bei n = 12 (26 %) der Patienten zeigt dies für die Düsseldorfer Tagesklinik.

Die Häufigkeit "verheirateter" Patienten entspricht mit 35 % der Häufigkeit in der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland am 31.12.1977 bei den über 60-jährigen Frauen. Für den Vergleich wurde die Häufigkeit bei den Frauen gewählt, da 80,5 % der Tagesklinik-Gruppe Frauen sind. Die Zahl lediger und geschiedener Patienten ist mit 32 % höher als in der Wohnbevölkerung mit nur 14 %. Dies beschreibt wiederum die besondere Gruppe von Patienten für die Tagesklinik-Behandlung.

Seit den Untersuchungen von HOLLINGSHEAD & REDLICH (1958) ist die Frage der Schichtspezifität der Erkrankungen und Behandlung aus keiner statistischen Beschreibung psychisch Kranker wegzudenken. Die Anzahl der untersuchten Patienten ist in dieser Studie für eine solche Aussage klein. Wir beschränken uns daher auf eine Beschreibung des Ausbildungsniveaus und des früher ausgeübten Berufs.

Das Niveau der Schulbildung ist sehr ähnlich dem einer von TISMER et al. (1975) im Auftrag des Bundesinnenministeriums untersuchten Gruppe älterer Menschen. Das Niveau ist jedoch in der "Kontroll"-Gruppe niedriger. Die Häufigkeit des Volksschulabschlusses ist mit $p < 1$ % signifikant größer als in der Tagesklinik-Gruppe. Die Mehrzahl der behandelten Patienten der Tagesklinik-Gruppe stammt somit eher aus sozial höheren Schichten. Dies wird auch von Tagesstätten und Tageskliniken in den USA beschrieben, CROSS, HASSALL & GATH (1972), HOGARTY, GUY & CROSS (1968).

Die Lebenssituation der Klientel ist dadurch gekennzeichnet, daß schon bei Beginn der Behandlung Tagesklinik-Patienten häufiger allein oder mit Angehörigen in der eigenen Wohnung leben als Patienten der stationären Gruppe. Nur 4 Tagesklinik-Patienten lebten bei Aufnahme in die Tagesklinik in einem Heim. Gegenüber den Patienten der stationären Gruppe, von denen 12 bei Beginn der Behandlung in einem Heim leben, ist eine Tendenz festzustellen, mit Hilfe der tagesklinischen Intervention eine Fortführung des Lebens in der eigenen Wohnung ermöglichen zu können. Dies ist offensichtlich bei vielen Patienten ein wichtiges Ziel, wie es auch von TISMER et al. (1975) beschrieben wird. Nach dieser Untersuchung besteht bei über 50-jährigen ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Jahre, die in einer Wohnung gelebt wurden, zu dem Ausmaß der Zufriedenheit mit den bestehenden sozialen Beziehungen. In der Tagesklinik-Gruppe lebte mit 37 % der Patienten ein gegenüber der stationären Gruppe hoher Prozentsatz allein. Dies ist sicher nicht unabhängig von der höheren Anzahl von Ledigen und Geschiedenen in der Gruppe.

Bei den erhobenen biographischen und sozialen Daten unterscheiden sich Tagesklinik-Gruppe und stationär behandelte Gruppe nur bzgl. zweier Parameter, der Anzahl der früheren stationären Behandlung und der Anzahl von Patienten mit Volksschulabschluß gegenüber höherem Ausbildungsniveau, signifikant von einander. Die weiteren, oben berichteten Unterschiede erscheinen jedoch bei der weiteren Auswertung der Ergebnisse beachtenswert.

3.2. Verstorbene zum 3. Untersuchungszeitpunkt:

Tab. 3.12.

Verstorbene zum 3. Meßzeitpunkt

| Während des Untersuchungszeitraumes Verstorbene | Tk(n) | % | stat.(n) | % |
|---|---|---|---|---|
| Mzp 1 | - | - | - | - |
| Mzp 2 | - | - | - | - |
| Mzp 3 | 1 | 2,2 | 9 | 19,6 |

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (Mzp 3) durchschnittlich 1 Jahr nach Beendigung der Behandlung sind von den 46 Patienten jeder Gruppe in der Tagesklinik-Gruppe eine Frau, in der stationären Gruppe jedoch 9 Patienten (7 Frauen und 2 Männer), das entspricht 19,6 % der Gruppe, verstorben.

Dieser Unterschied zwischen beiden Gruppen ist nicht signifikant. Vom methodischen Standpunkt aus betrachtet bleiben beide Gruppen weiterhin miteinander vergleichbar. Der Prozentsatz von circa 20 % fehlenden Daten zum 3. Untersuchungszeitpunkt verringert jedoch die Anzahl gültiger Fälle für den statistischen Vergleich zwischen der Tagesklinik- und der stationären Gruppe. Dadurch wird bei dem niedrigen Skalenniveau der meisten Daten und der großen Varianz in der Ausprägung der Merkmale der Nachweis signifikanter Unterschiede zwischen beiden Gruppen erschwert.

Bedeutungsvoll erscheint unter diesem Gesichtspunkt die Frage,

ob hier nicht doch eine Selektion durch Tod eingetreten ist, für die sich schon zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Mzp 2) Hinweise finden lassen. Wegen des kleinen n = 9 wurden die Unterschiede nicht auf Signifikanz geprüft. Es werden nur Häufigkeiten beschrieben.

KRETSCHMAR et al. (1973) und LEERING (1980) nennen als Indikatoren verkürzter Überlebenszeit bei alterspsychiatrischen Patienten Störungen wie:

- Harn-/Stuhlinkontinenz
- Rigor
- Tremor
- Kardiale Dekompensation.

Bei den Verstorbenen dieser Studie traten die Symtome nicht häufiger auf als in der Gesamtgruppe. Andere physische und psychopathologische Befunde liefern ebenfalls keine Hinweise für Bedingungsfaktoren der verkürzten Überlebenszeit der stationär behandelten Patientengruppe. Im psychisch-intellektuellen Befund haben zum Zeitpunkt der Entlassung 7 der 9 Verstorbenen Ausfälle in den Fähigkeiten der Orientierung, Konzentration und der Auffassung gegenüber einer Häufigkeit dieser Störungen von nur 52 % in der Gesamtgruppe der stationär behandelten Patienten und nur von 41 % in der Tagesklinik-Gesamtgruppe. Die den Verstorbenen zugeordneten 9 Patienten der Tagesklinik-Gruppe weisen jedoch die Ausfälle in der gleichen Häufigkeit auf. Eine ähnliche Tendenz läßt sich in den Parametern der sozial-praktischen Kompetenz, besonders bei der Regelung des Geschäftsverkehrs, vermuten und aufzeigen. Keiner der 9 Verstorbenen der stationär behandelten Patienten war zum Mzp 2 in der Lage, die Regelung des Geschäftsverkehrs selbständig zu bewältigen. Dazu waren jedoch noch circa 1/5 der Gesamtgruppe der stationär behandelten Patienten in der Lage, noch 40 % der Tagesklinik-Patienten und auch noch 3 der 9 Partner

der Verstorbenen in der Tagesklinik-Gruppe. Zur selbständigen Körperpflege und dem selbständigen Anziehen der Kleidung waren nur noch 4 der 9 später Verstorbenen fähig. In der Gesamtgruppe konnten dies noch über 80 % der Kranken.

Ihre Freizeit mit Lesen und Fernsehen zu verbringen, wußten von den später Verstorbenen ebenfalls nur noch 4 Patienten gegenüber 70 % in der stationären Gesamtgruppe und 96 % in der Tagesklinik-Gesamtgruppe. Dies taten auch 8 der 9 Partner in der Tagesklinik-Gruppe.

Alle genannten Befunde liefern Hinweise dafür, daß diese später Verstorbenen 9 schon bei der Entlassung bzgl. der aufgeführten Parameter in einem schlechteren Zustand waren als beide Gesamtgruppen.

Die hier aufgeführten unterschiedlichen Tendenzen sind nicht signifikant und besonders bei der kleinen "Stichproben"größe auch in ihrer Bedeutung nur schwer abzuschätzen. Bemerkenswert erscheint jedoch, daß auch bei der Aufklärung der Unterschiede zwischen den Verstorbenen und den nicht verstorbenen Partnern der Tagesklinik-Gruppe dieselben Parameter der sozial-praktischen Kompetenz und des psychisch-intellektuellen Befundes von besonderer Bedeutung sind.

Weitere 4 Patienten der stationären Gruppe verweigerten die Nachuntersuchung zum 3. Meßzeitpunkt. Die Kontaktaufnahme mit diesen Patienten, welche zu einer Untersuchung nicht bereit waren, vermittelte den Eindruck, diese Patienten befänden sich in einem eher schlechten Gesundheitszustand.

Obwohl sich Hinweise dafür ergeben, daß sich die später Verstorbenen schon zum Meßzeitpunkt 2 bei Entlassung aus der Be-

handlung in einem schlechteren Gesundheitszustand befanden und dies im Lauf des Jahres bis zur Nachuntersuchung sich noch verschlechterte (ein nicht natürlicher Tod ist nur in einem Fall bekannt), kann man davon ausgehen, daß sich zwar viele der zum 3. Mzp erhobenen Daten bei diesen Personen verschlechtert hatten. Es ist jedoch nicht möglich, zu bestimmen, welche und wieviele der Parameter Störungen aufwiesen.

Durch die Verstorbenen und die Verweigerungen fehlen in der stationären Gruppe zum Mzp 3 die Daten von n = 13 (28,3 %) Patienten. Aus diesem Grund kann die stationäre Gruppe 1 Jahr nach der Entlassung nur noch bedingt zu einem Vergleich des gesundheitlichen Zustandes (im Sinne der WHO) und des Ausmaßes an Veränderung innerhalb dieses Jahres herangezogen werden.

Zu dem 3. Untersuchungszeitpunkt bestand lediglich bei 4 der 124 zur Beschreibung der Patienten erhobenen Parameter ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen. Es finden sich aber Hinweise, besonders unter den Befunden der psychointellektuellen Fähigkeiten und denen der sozial-praktischen Kompetenz, daß sich die tagesklinisch behandelten Patienten von den stationär behandelten unterscheiden, und daß dies bei einer größeren Zahl gültiger Fälle auch zu einem signifikanten Ergebnis bei den statistischen Tests geführt hätte. Die große Anzahl Verstorbener und der Verweigerungen kann, natürlich mit großer Vorsicht, im Sinne einer Überlegenheit der tagesklinisch behandelten Gruppe interpretiert werden.

### 3.3. Sozial-praktische Kompetenz:

Unter dem Begriff "Sozial-praktische Kompetenz" wurden mittels 20 Items Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ein Individuum zur Bewältigung der alltäglichen Aufgaben des Lebens benötigt, um dabei weitgehend selbständig und unabhängig von anderen Personen

zu sein, zusammengefaßt.

In diesen Begriff mit ein gehen die Items des sogenannten Pflegestatus wie Waschen, Baden, Maniküre, Kleidung anziehen. Dokumentiert wurde, ob der Patient ohne Hilfe, mit teilweiser Hilfe oder nur mit vollständiger Hilfe auskommt. Weiterhin wurden unter den Begriff subsumiert Fertigkeiten wie Kochen, Einkaufen und Regelung des Geschäftsverkehrs. Mittels der Erhebung dieser Parameter kann eine der Zielsetzungen tagesklinischer Behandlung, die Kompetenz für eine möglichst unabhängige selbständige Bewältigung der Alltagsprobleme zu verbessern, geprüft werden.

3.3.1. Verlauf für die Tagesklinik-Gruppe während des Untersuchungszeitraumes:

Vom Zeitpunkt der Aufnahme in die Tagesklinik (Mzp 1) bis zur Entlassung (Mzp 2) konnte eine Verbesserung bei 11 der 20 Items (55 %) festgestellt werden. Mit einer Wahrscheinlichkeit von $p < 1$ % waren die Tagesklinik-Patienten bei Ende der Behandlung häufiger in der Lage, mit geringer oder überhaupt keiner Hilfe zu bewältigen:

- Waschen
- Baden, Frisieren
- Kochen
- Einkaufen
- Verkehrstüchtigkeit
- Hobby
- Regelung des Geschäftsverkehrs
- Besuch kultureller Veranstaltungen
- Lesen
- Fernsehen.

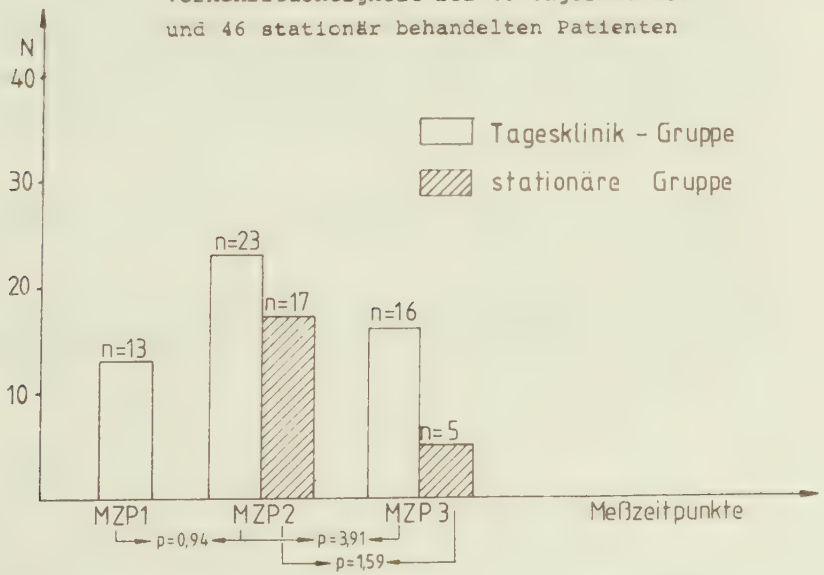
1 Jahr nach der Entlassung waren bei den Parametern Einkaufen, Regelung des Geschäftsverkehrs, Hobby und Besuch kultureller Veranstaltungen wieder signifikant weniger Tagesklinik-Patienten

in der Lage, dies selbständig und ohne Hilfe zu tun ($p < 1$ %).

Eine Analyse der signifikanten Veränderungen bringt folgende Ergebnisse:
Bei Aufnahme in die Tagesklinik waren n = 16 (36 %) nicht in der Lage zur Körperpflege ohne Hilfe (Waschen, Baden, Maniküre). Während der tagesklinischen Intervention konnte bei der Hälfte dieser Patienten eine solche Verbesserung erreicht werden, daß lediglich n = 7 (14 %) noch der Hilfe bedurften. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung blieb das erreichte Niveau praktisch erhalten, n = 9 (20 %) benötigten Hilfe.
Bei den alltäglichen Aufgaben des Haushalts wie Kochen, Einkaufen, Verkehrstüchtigkeit (siehe Abb. 3.13.) und Regelung des Geschäftsverkehrs waren vor der Therapie im Mittel nur n = 15 (33 %) aus der Tagesklinik-Gruppe in der Lage, dies vollkommen selbständig zu bewältigen. Bei der Entlassung wiederum hatte sich diese Zahl verdoppelt auf n = 28 (61 %). 1 Jahr nach der Entlassung aus der Klinik war die Häufigkeit derjenigen, die keine Hilfe benötigten, wieder auf n = 22 (48 %) gesunken.

Abb. 3.13.

**Verkehrstüchtigkeit bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten**



Die größte Veränderung während des Zeitraumes der tagesklinischen Intervention konnte bei den Items der Freizeitbeschäftigung festgestellt werden. Die Anregungen durch das Programm der Tagesklinik bewirkten, daß zum Ende der Behandlung n = 35 (76 %) gegenüber n = 18 (40 %) bei Aufnahme in die Tagesklinik ihre Freizeit mit einem Hobby, mit Fernsehen und Lesen oder dem Besuch kultureller Veranstaltungen verbrachten. Nach 1 Jahr war kein Unterschied mehr zum Aufnahmebefund festzustellen, wiederum n = 20 (44 %).

Es wird deutlich, daß die unter dem Begriff sozial-praktische Kompetenz zusammengefaßten Fertigkeiten zum Aufnahmezeitpunkt in unterschiedlichem Ausmaß reduziert waren. Nicht bei allen Patienten waren günstige Ergebnisse zu erzielen. Nur n = 4 (8 %) aller Patienten der Tagesklinik-Gruppe nahmen bei Beginn der Therapie an kulturellen Veranstaltungen teil. Zum 2. Untersuchungszeitpunkt bei Ende der tagesklinischen Intervention waren es n = 28 (61 %), 1 Jahr nach Ende des Tagesklinik-Programms hingegen nur noch n = 4 (8 %).

Dagegen sahen noch n = 31 (67,4 %) der Patienten bei der Tagesklinik-Aufnahme Fernsehen. Es erfolgte während der tagesklinischen Behandlung eine solche Aktivierung der übrigen Patienten, so daß bei Ende der Tagesklinik-Zeit lediglich 2 Patienten der 46 (96 % sahen Fernsehen) sich nicht für das Fernsehprogramm interessierten.

1 Jahr später verfolgten noch n = 35 (76 %) das Fernsehprogramm.

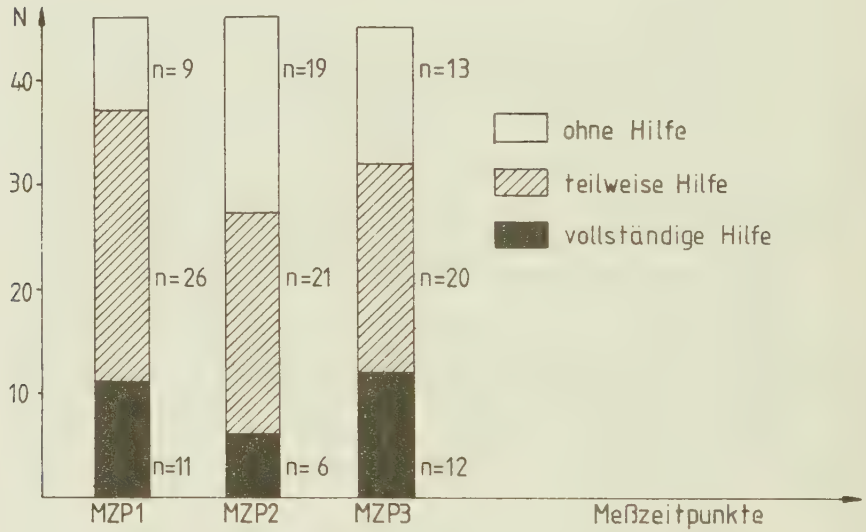
Für die Interaktion mit dem sozialen Umfeld, die soziale Teilhabe, das Mitredenkönnen, sind die erreichten Verbesserungen

wichtig. Für die Bewältigung der alltäglichen Aufgaben ist z.B. der Besuch kultureller Veranstaltungen nicht unbedingt notwendig. Es läßt sich jedoch gerade an diesem Parameter die große Spannbreite des Ausmaßes möglicher Veränderungen durch die Tagesklinik-Behandlung darstellen. Für die Aufrechterhaltung des Besuchs kultureller Veranstaltungen oder die Ausübung von Hobbies ohne tagesklinische Unterstützung spielen sicher frühere Lebensgewohnheiten und Einstellungen eine Rolle.
Dennoch erscheint es sinnvoll, diesen Programmpunkt der Tagesklinik-Intervention beizubehalten. Er wurde in großem Ausmaß von den Patienten angenommen und war sehr beliebt. Außerdem können bei den Unternehmungen andere Fertigkeiten, wie z.B. Verhalten im Verkehr, trainiert werden.

Signifikante Differenzen konnten zu allen Vergleichszeitpunkten für die Fertigkeit der Regelung des Geschäftsverkehrs nachgewiesen werden. Der Begriff "Regelung des Geschäftsverkehrs" umfaßt die Fertigkeiten zur Abwicklung von Rechtsgeschäften, z.B. Miete, Rente, Wassergeld.

Abb. 3.14.

Regelung des Geschäftsverkehrs bei
46 tagesklinisch behandelten Patienten




Nur n = 9 (20 %) der Tagesklinik-Patienten waren bei Beginn der tagesklinischen Behandlung zu einer Regelung ihres Geschäftsverkehrs ohne Hilfe in der Lage. Bei Ende der Behandlung benötigten n = 18 (40 %) keine Hilfe mehr und lediglich n = 6 (7 %) waren vollständig auf Hilfe angewiesen. 1 Jahr nach der Behandlung waren wieder nur noch n = 13 (29 %) der Patienten ohne Hilfe zur Regelung des Geschäftsverkehrs in der Lage und n = 12 (27 %) benötigten vollständige Hilfe. Die Vergleiche zwischen den verschiedenen Meßzeitpunkten sind jeweils auf dem 1 %-Niveau signifikant.

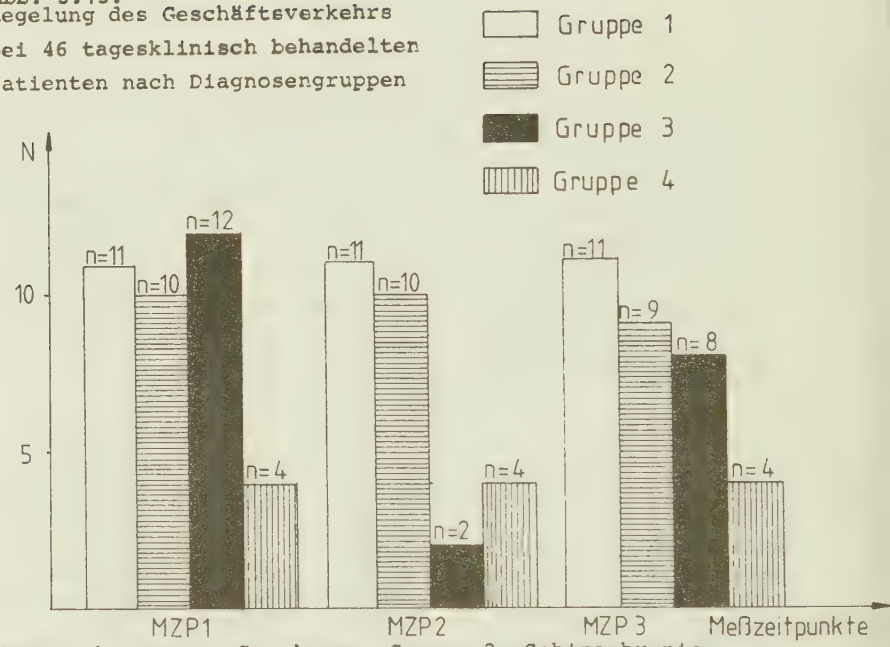
Betrachtet man alle Items der sozial-praktischen Kompetenz, so ist vom Mzp 2 bei der Entlassung bis zum Mzp 3 nach 1 Jahr zwar bei 8 der 20 Parameter eine signifikante Verschlechterung und bei vielen weiteren eine deutliche Tendenz in dieser Richtung festzustellen. Trotzdem können immer noch mehr Patienten der Gruppe die erhobenen Fähigkeiten und Fertigkeiten ohne Hilfe bewältigen als vor der Tagesklinik-Aufnahme.

3.3.2. Vergleich der Tagesklinik-Diagnosengruppe:

Bei der Aufnahme in die Tagesklinik waren die 4 Gruppen (exogene Psychosen, Schizophrenie, affektive Psychosen und Abhängigkeit) in der Häufigkeit der benötigten Hilfe nicht signifikant voneinander verschieden. Bei der Entlassung ergibt die Auswertung der Befunde mit Hilfe der Kontingenztafel für abhängige Daten bei einer $\chi^2$-Verteilung signifikante Unterschiede zwischen den 4 Gruppen bzgl. des Einkaufens, der Regelung des Geschäftsverkehrs und der Ausübung eines Hobbys, ($p < 5\ \%$).

Eine Analyse ergibt eine überaus gute Verbesserung der Gruppe der Patienten mit affektiven Psychosen (Gruppe III).

Abb. 3.15.
Regelung des Geschäftsverkehrs bei 46 tagesklinisch behandelten Patienten nach Diagnosengruppen




Gruppe 1: exogene Psychosen, Gruppe 2: Schizophrenie, Gruppe 3: affektive Psychosen, Gruppe 4: Abhängigkeit

Zum Mzp 2 benötigten 11 der 13 Patienten dieser Gruppe gar keine Hilfe, 2 nur noch teilweise Hilfe. Dieses Ergebnis für die Regelung des Geschäftsverkehrs gilt auch für die Items Einkaufen und Ausüben eines Hobbys.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bestehen wiederum keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den 4 Diagnosengruppen, d.h. das höhere Niveau der depressiv erkrankten Gruppe kann über die Dauer eines Jahres nicht erhalten werden.

### 3.3.3. Verlauf für die stationäre Gruppe:

In der Zeit zwischen der Entlassung aus der Behandlung bis zur Nachuntersuchung 1 Jahr später nahm die Häufigkeit der Fertigkeit zur selbständigen Körperpflege in der Gruppe signifikant ab, WILCOXON, Z = -2,66,p = 0,77. Auch die Fertigkeit des Kochens ohne Hilfe nahm an Häufigkeit in diesem Zeitraum signifikant ab, McNEMAR, Binomial,p = 0,15.
Tab. 3.16.a und 3.16.b (siehe auch Abb. 3.13.)
Die statistischen Tests wurden nach Elimination der Verstorbenen und Verweigerer mit den in der Untersuchung verbliebenen 33 Personen gerechnet.

Bei weiteren Parametern wie z.B. dem Einkaufen waren zum 3. Untersuchungszeitpunkt weniger als die Hälfte dieser 33 Patienten zur Bewältigung der Aufgaben ohne Hilfe in der Lage.

Tab. 3.16.a

Häufigkeit der Fertigkeit zur selbständigen Körperpflege bei 46 stationär behandelten Patienten bei Entlassung aus der Therapie (Mzp 2) und nach 1 Jahr (Mzp 3)

| Mzp | Mzp 2 | | Mzp 3 | |
|---|---|---|---|---|
| Selbständige Körperpflege | n | % | n | % |
| ohne Hilfe | 39 | 84,8 | 22 | 47,8 |
| mit Hilfe | 6 | 13,0 | 11 | 23,9 |
| fehlende Daten | 1 | 2,2 | 13 | 28,3 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

Tab. 3.16.b

Häufigkeit des Kochens bei 46 stationär behandelten Patienten bei Entlassung aus der Therapie (Mzp 2) und nach 1 Jahr (Mzp 3)

| Mzp | Mzp 2 | | Mzp 3 | |
|---|---|---|---|---|
| Kochen | n | % | n | % |
| ohne Hilfe | 17 | 37,0 | 5 | 10,8 |
| mit Hilfe | 27 | 58,7 | 28 | 60,9 |
| fehlende Daten | 1 | 2,2 | 13 | 28,3 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

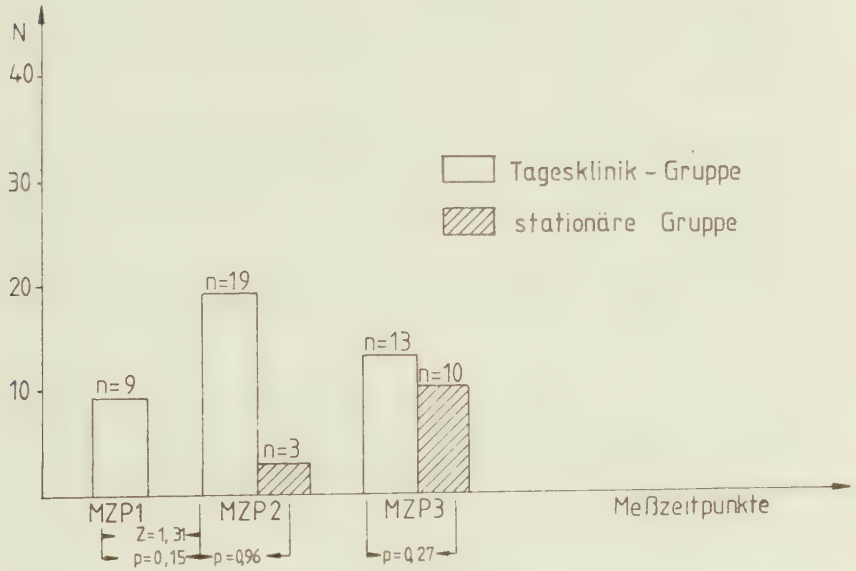
### 3.3.4. Vergleich der tagesklinisch mit den stationär behandelten Patienten:

Beim Vergleich der Befunde der Tagesklinik-Gruppe mit denen der stationär behandelten Gruppe war zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Behandlung die Tagesklinik-Gruppe besser, d.h. die Patienten dieser Gruppe häufiger in der Lage, die Regelung des eigenen Geschäftsverkehrs vorzunehmen, WILCOXON, Z = -2,58, p = 0,96. Auf diesem Niveau ist das Ergebnis signifikant.

Auch nach 1 Jahr bestand die signifikante Differenz noch, WILCOXON, Z = -2,97, p = 0,27.

Abb. 3.17.

Regelung des Geschäftsverkehrs bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten ohne Hilfe



Zur selbständigen Körperpflege waren die Patienten der Tagesklinik-Gruppe 1 Jahr nach der Entlassung besser in der Lage als die stationär behandelten Personen, WILCOXON, $Z = -2,93$, $p = 0,33$.

3.3.5. Vergleich der einzelnen Diagnosengruppen miteinander:

Die oben dargestellten signifikanten Differenzen zwischen den vier Tagesklinik-Diagnosengruppen weisen auf die Sonderstellung hin, die die Gruppe der Patienten mit affektiven Psychosen im Bereich der sozial-praktischen Kompetenz einnimmt. Während der tagesklinischen Intervention wurde erreicht, daß nur einzelne Patienten dieser Gruppe bei der Entlassung noch Hilfe bei verschiedenen Aufgaben benötigten. Innerhalb des 1 Jahres nach der Entlassung konnte dies aber von vielen nicht beibehalten werden. Signifikant mehr Hilfe benötigten die Patienten dieser Gruppe zum Meßzeitpunkt 3 gegenüber dem Meßzeitpunkt 2 bei den Fertigkeiten Einkaufen, Regelung des Geschäftsverkehrs, Ausübung eines Hobbys und dem selbständigen Interesse an Fernsehen und Lesen, (Signifikanzniveau $p < 5$ %).

Im Vergleich der einzelnen Diagnosengruppen der Tagesklinik mit denen der stationär behandelten Patienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede an einem der Untersuchungszeitpunkte.

3.3.6. Zusammenfassung der Befunde zur sozial-praktischen Kompetenz:

Die 20 zum Begriff der sozial-praktischen Kompetenz zusammengefaßten Fertigkeiten aus den Bereichen der Körperpflege, alltäglicher Aufgaben des Haushaltsbereiches und der Freizeit-

gestaltung waren bei der Aufnahme in die Tagesklinik in verschiedenem Umfang gestört und wurden auch in unterschiedlichem Ausmaß während der tagesklinischen Intervention verbessert. Die Verbesserung vom Aufnahmebefund bis zur Entlassung aus der Tagesklinik ist in 11 der 20 Items (55 %) signifikant auf einem Signifikanzniveau $p < 1$ %. Bei Beginn der tagesklinischen Intervention waren im Mittel n = 23 (50 %) der Patienten der Tagesklinik-Gruppe auf die teilweise oder vollständige Hilfe durch andere angewiesen. Diese Anzahl konnte während der Tagesklinik-Intervention auf im Mittel n = 13 (29 %) Hilfsbedürftiger gesenkt werden. 1 Jahr später war ein Rückgang der wiedergewonnenen Kompetenz bei den Patienten zu beobachten. Jedoch waren immer noch mehr Patienten als bei Aufnahme in die Tagesklinik-Behandlung nicht auf Hilfe angewiesen. Bei Beginn der tagesklinischen Intervention und 1 Jahr nach der Entlassung aus der Therapie unterschieden sich die vier Diagnosengruppen in der Tagesklinik nicht voneinander. Zum Mzp 2 bei Ende der Tagesklinik-Therapie war in der Gruppe der affektiven Psychosen eine solche häufige Reduktion der Hilfsbedürftigkeit und Zunahme der Freizeitinteressen festzustellen, daß ein signifikanter Unterschied zu den drei übrigen Gruppen festgestellt wurde.
Die Regelung des Geschäftsverkehrs und der Besuch kultureller Veranstaltungen sind zwei der insgesamt vier signifikanten Unterschiede zwischen der Tagesklinik- und der stationären Gruppe zum Mzp 2 bei Entlassung aus der Behandlung. Aufgrund der gerechneten Anzahl von statistischen Vergleichen zum 2. Meßzeitpunkt muß dies als im Bereich des Zufalls liegend angesehen werden.

Da aber auch bei allen anderen Vergleichen zwischen den Gruppen und innerhalb einer Gruppe zu verschiedenen Unter-

suchungszeitpunkten die Regelung des Geschäftsverkehrs signifikante Ergebnisse aufweist, kann dies Item für die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen als ein wichtiger und sensibler Parameter zur Beschreibung der Tagesklinik-Gruppe und ihrer Veränderung während des Beobachtungszeitraumes angesehen werden. Dieses Item unterscheidet sich von allen anderen erhobenen Daten zur Erfassung der sozial-praktischen Kompetenz durch seine weitaus komplexere Bedeutung. Hier werden Faktoren und Fertigkeiten wie z.B. Verwaltung und Übersicht über die Finanzlage, keine wesentlichen Orientierungsstörungen oder Auffassungsstörungen, ein Minimum an Interaktion mit dem sozialen Umfeld und an Aktivität zusammengefaßt, die für die sozial-praktische Kompetenz von erstrangiger Bedeutung sind. In einem gewissen Bereich überschneidet sich der Begriff der sozial-praktischen Kompetenz mit den Fertigkeiten, die für eine selbständige Regelung des Geschäftsverkehrs notwendig sind.

Hierin liegt die Erklärung für die bei diesem Item auf gezeigten Veränderungen, die den Vorteil der Tagesklinik-Behandlung besonders für die Patienten mit endogenen Psychosen mit depressiver Symptomatik und gegenüber der stationären Behandlung nachweist. Es kann eine für soziale Kompetenz spezifische Komponente in der Regelung des Geschäftsverkehrs angenommen werden.

Damit ist keine vollständige Beschreibung des Begriffs "Regelung des Geschäftsverkehrs" geliefert. Weder Voraussetzungen noch Konsequenzen der Beherrschung dieser Fertigkeit sind identifiziert. Festgestellt werden kann nur ein zeitliches Zusammentreffen von Veränderungen gleicher Richtung der Fertigkeit der Regelung des Geschäftsverkehrs und anderen Operationalisierungen des Begriffs der sozial-praktischen Kompetenz wie Einkaufen, Freizeitaktivitäten, aber auch psychischer und psychisch-intellektueller Störungen.

Bei der Beschreibung der Behandlungsprogramme aller Arten von Tageskliniken für psychisch Kranke wird als Hauptziel immer wieder die Erhaltung der gewohnten Umgebung, die Erhaltung des sozialen Umfeldes mit den bestehenden Beziehungen bei selbständiger Versorgung genannt. In wenigen Berichten wurde jedoch der Effekt der Tagesklinik-Behandlung für die Erreichung dieses Ziels beschrieben.

Als Parameter dienten dabei häufig die Zufriedenheit und das Maß der "sozialen Anpassung" sowie das Vorhandensein eines Beschäftigungsverhältnisses bei jüngeren Patienten. Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse tagesklinischer Intervention bei fast immer sehr viel jüngeren Patienten mit einer anderen Diagnosenzusammensetzung zu diesem Bereich folgendermaßen darstellen:
Mit dem oft sehr komplexen Maß der "sozialen Anpassung" ("social adjustment") oder dem Parameter des normgerechten Rollenverhaltens lassen sich Vorteile der Tagesklinik-Behandlung gegenüber stationärer Behandlung, auch in follow-up-Studien nach 1 oder 2 Jahren noch feststellen, GUY et al. (1969), McDONNELL (1973), MICHAUX et al. (1973), VANNICELLI et al. (1978). Überlegen ist die Tagesklinik-Behandlung in dem Ausmaß des subjektiv erlebten Stress, der durch die therapeutische Intervention hervorgerufen wird. Er wird von Tagesklinik-Patienten geringer empfunden, GUY et al. (1969). Tagesklinik-Patienten beschreiben sich als zufriedener, ebenso wie ihre Angehörigen dies tun, MICHAUX et al. (1973), BUDSON, GROB & SINGER (1977). Tagesklinik-Behandelte nehmen häufiger an Freizeitaktivitäten teil als stationär Behandelte, HERZ, ENDICOTT, SPITZER & MESNIKOFF (1971), MICHAUX et al. (1973). Dieses Ergebnis konnte auch in der Gruppe der alterpsychiatrischen Patienten dieser Studie nachgewiesen werden. Die Rolle als "housekeeper", welche sicherlich einige Aspekte der sozial-praktischen Kompetenz beinhaltet, wird nach einer Untersuchung von HERZ et al. (1971) in einer Gruppe durchschnittlich jüngerer psychiatrisch Kranker, wie auch in dieser Studie vielfach in der Tendenz vorhanden, von

den tagesklinischen Patienten besser wahrgenommen als von den stationär behandelten Patienten. McDONNELL (1973) berichtet von mehr Routine in häuslichen Arbeiten der Tagesklinik-Patienten.

Ein Vergleich der Ergebnisse ist nur vorsichtig unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Patientengruppen, der verschiedenen Programme und nicht zuletzt der unterschiedlichen Erhebungsinstrumente möglich. Die gefundenen gemeinsamen Effekte, die auch in dieser Studie repliziert werden konnten, weisen auf spezifische Vorteile der Tagesklinik-Behandlung gegenüber der stationären Behandlung im engen sozialen Bereich hin. Auf eine Beschreibung der Wohnsituation wird von BOSCH (1971) eingegangen als ein Parameter zur Kennzeichnung der sozialen Umgebung von Tagesklinik-Patienten. Er zeichnet auf, in welchem Ausmaß ein gestörtes, ungeordnetes, durch Konflikte definiertes soziales Milieu eine Kontraindikation für die Tagesklinik-Behandlung darstellt und welch entscheidende Bedeutung der Haltung von Angehörigen und Bezugspersonen der Patienten zukommt, wenn eine tagesklinische Behandlung gelingen soll.

Auf die Bedeutung der Erhaltung der günstigen Wohnsituation, die in dieser Studie eine Voraussetzung zur Tagesklinik-Aufnahme war, entsprechend den impliziten Forderungen von BOSCH, soll hier noch einmal besonders hingewiesen werden. Die Erhaltung der sozial-praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist sicher nicht unabhängig vom Erhalt bzw., allgemein dem Vorhandensein einer unterstützenden Wohnsituation zu sehen.

### 3.4. Psychopathologischer Befund:

Psychopathologische Veränderungen wurden mittels 65 relevanter Symptome in Alternativentscheidungen auf ihr Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein überprüft. Die Symptome gehörten zu

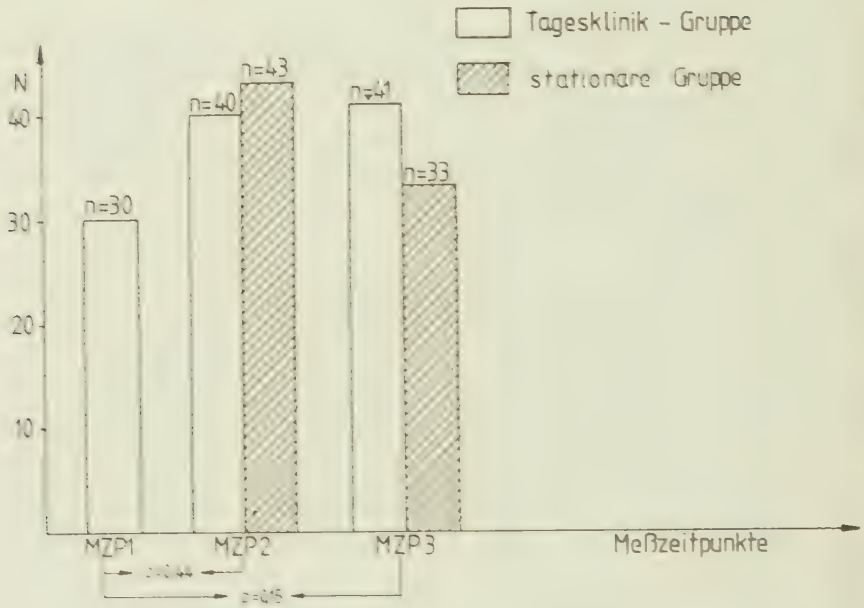
folgenden Bereichen:
- Formale Denkstörungen
- Überwertige Ideen
- Wahn
- Sinnestäuschungen
- Ich- und Persönlichkeitsstörungen
- Verstimmungen und Gefühlsstörungen
- Psychomotorische Störungen
- Verlaufsbesonderheiten
- Störungen des Sozialverhaltens
- Suicidalität
- Aggression.

3.4.1. Verlauf für die Tagesklinik-Gruppe:

Bei der Aufnahme der Patienten in die Tagesklinik wurden alle Symptome des psychopathologischen Befundes als vorhanden bzw. nicht-vorhanden registriert und im weiteren Verlauf der Untersuchung bei der Entlassung und der Nachuntersuchung 1 Jahr später überprüft. Ferner wurden Symptome, die bei der Aufnahme nicht vorhanden waren und erst im späteren Verlauf auftraten, überprüft.

Bei Vergleich der Befunde vom Zeitpunkt der Aufnahme (Mzp 1) und dem der Entlassung aus der Therapie für die Tagesklinik-Gruppe (Mzp 2) wiesen folgende Items eine signifikante Symptomreduktion auf einem Signifikanzniveau von $p < 1$ % auf (siehe Abb. 3.18.): verlangsamtes Denken, Wahnstimmung,- gedanken, Beziehungswahn, Verfolgungswahn; bei den Verstimmungen die Items: ratlos, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, mißtrauisch und klagsam; weiterhin Antriebsarmut, Antriebsgehemmtheit, motorisch unruhig, verminderter Kontakt und eine Besserung der Symptome im Verlauf des Tages.

46 tagesklinisch und 46 stationär behandelte Patienten ohne Diagnose Wahnstimmung im Verlauf der Untersuchung




Signifikante Verbesserungen auf dem Signifikanzniveau von $p < 5$ % lassen sich bei insgesamt 23 Items feststellen, das entspricht 34 % der erhobenen Daten.

Tab. 3.19.

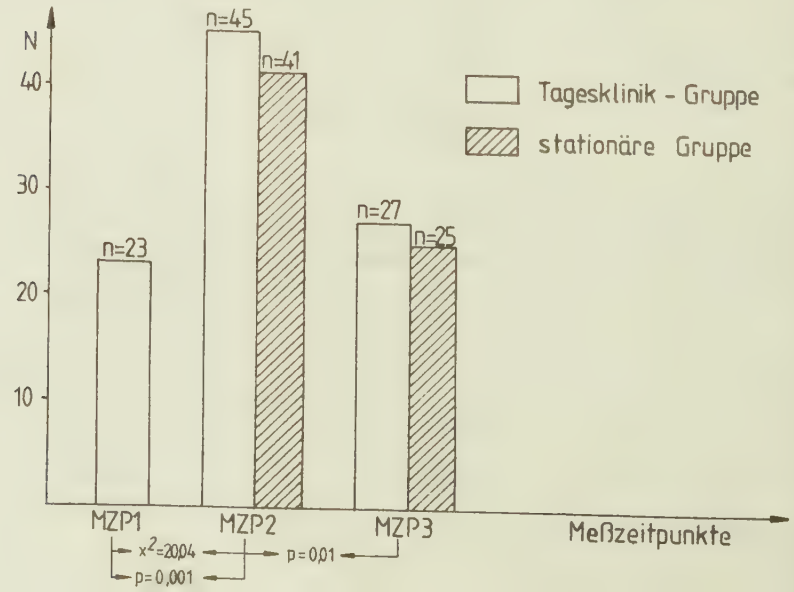
Signifikante Verbesserungen von 23 Items des psychopathologischen Befundes bei 46 tagesklinisch behandelten Patienten vom Zeitpunkt der Aufnahme in die Tagesklinik bis zur Entlassung aus der Behandlung

| Item | | Test | Prüfgröße | Sign.Niv. p = |
|---|---|---|---|---|
| Formale Denkstörung: | gehemmt | McNEMAR | Binomial | 1,56 |
| | gesperrt | " | " | 3,13 |
| | verlangsamt | " | $Chi^2$=9,09 | 0,26 |
| | zerfahren | " | Binomial | 3,13 |
| Wahn: | Wahnstimmung | " | $Chi^2$=8,10 | 0,44 |
| | Wahngedanken | " | Binomial | 0,39 |
| | Beziehungswahn | " | " | 0,78 |
| | Verfolgungswahn | " | " | 0,78 |
| | andere | " | " | 1,56 |
| Verstimmungen: | ratlos | " | $Chi^2$=13,06 | 0,03 |
| | Störung d.Vitalfühle | " | Binomial | 3,13 |
| | deprimiert | " | $Chi^2$=20,04 | 0,001 |
| | hoffnungslos | " | $Chi^2$=10,08 | 0,15 |
| | ängstlich | " | $Chi^2$=7,69 | 0,55 |
| | mißtrauisch | " | $Chi^2$=13,06 | 0,03 |
| | gespannt | " | Binomial | 3,13 |
| | klagsam | " | $Chi^2$=8,1 | 0,44 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Psy.-Motor: | antriebsarm | " | $Chi^2$=9,61 | 0, |
| | antriebsgehemmt | " | Binomial | 0, |
| | motorisch unruhig | " | Binomial | 0, |
| Verlaufsbesonder-heiten: | abends besser | " | $Chi^2$=8,10 | 0, |
| Störung d. Sozial-verhaltens: | Kontakt vermindert | " | $Chi^2$=8,45 | 0, |
| Suicidalität | | " | Binomial | 3, |

1 Jahr nach Entlassung aus der Tagesklinik (Mzp 3) haben sich 6 Items, das sind 10 % aller psychopathologischen und 26 % der während der tagesklinischen Intervention verbesserten Symptome wieder verschlechtert, d.h. ihre Häufigkeit hat wieder zugenommen. Vom Mzp 2 bis zum Mzp 3 traten signifikant häufiger auf ($p < 1$ %) die Symptome: Deprimiertheit, Hoffnungslosigkeit, Insuffizienzgefühle, Antriebsarmut und die Verbesserung im Lauf des Tages.

Abb. 3.20.
Deprimiertheit bei 46 stationär und 46 tagesklinisch behandelten Patienten



3.4.2. Verlauf der Tagesklinik-Diagnosengruppen:

Bei Aufnahme in die Tagesklinik wurden die vier Diagnosengruppen bzgl. der Verteilung der Häufigkeiten der verschiedenen Symptome mittels der einfachen Varianzanalyse auf Signifikanz geprüft. Es ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, die wie erwartet der Psychopathologie der verschiedenen Krankheitsbilder entsprachen.

Bei den Symptomen Wahn, überwertige Ideen und Ich- und Persönlichkeitsstörungen treten diese auffallend gehäuft in der Gruppe der Patienten mit schizophrenen Krankheitsbildern auf. Dagegen sind die Verstimmungen und Gefühlsstörungen in der Gruppe der affektiven Psychosen häufiger. Bei der Entlassung aus der Klinik sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen festzustellen bis auf das Symptom Wahn. Hier ist die Häufigkeit des Symptoms in der Gruppe der Schizophrenen immer noch hoch, im Gegensatz zu den drei anderen Gruppen, Varianzanalyse: $F = 6,40$, $p = 0,1$. Dies Ergebnis entspricht ebenfalls der Psychopathologie, wonach Wahnsymptome gerade im Alter lange persistieren können.

1 Jahr nach Entlassung aus der Behandlung ergeben sich wiederum signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen, ähnlich denen zum Aufnahmezeitpunkt.

Die Analyse der Ergebnisse zeigt ein erhöhtes Auftreten der Symptome Wahn, formale Denkstörungen und überwertige Ideen in der Gruppe II mit der Diagnose Schizophrenie, während Verlaufsbesonderheiten in der Gruppe der depressiven, endogenen Psychosen häufiger sind.

3.4.3. Verlauf für die stationäre Gruppe:

Für die 33 in der Nachuntersuchung verbliebenen Patienten, deren Befund mit dem bei der Entlassung aus der Behandlung verglichen wurde, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

3.4.4. Vergleich der tagesklinisch mit der stationär behandelten Gruppe:

Zum Zeitpunkt der Entlassung finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gesamtgruppen.

1 Jahr nach der Entlassung sind die Tagesklinik-Patienten signifikant häufiger hoffnungslos gestimmt als die stationär Behandelten, McNEMAR, p = 1,56.

3.4.5. Vergleich der einzelnen Diagnosengruppen:

Beim Vergleich der verschiedenen Diagnosengruppen in der Tagesklinik und der stationären Gruppe zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede

3.4.6. Zusammenfassung:

Tagesklinik-Behandlung bessert psychische Störungen signifikant. Eine Symptomreduktion findet sich bei allen erhobenen Symptomen. 1 Jahr nach der Entlassung ist besonders bei den Verstimmungen und Gefühlsstörungen eine signifikante Verschlechterung in der Tagesklinik-Gruppe festzustellen.

Die signifikanten Unterschiede zwischen den vier Diagnosengruppen zum Aufnahmezeitpunkt sind eine indirekte Validierung

der Diagnosestellung.

Der durch die Tagesklinik-Behandlung erreichte Grad der Symptomreduktion unterscheidet sich bei der Entlassung aus der Therapie nicht von dem der stationär behandelten Patienten.
Vergleicht man das erreichte Niveau der Verbesserung der Tagesklinik-Patienten mit dem der stationär Behandelten bei Ende der Behandlung, so findet sich bei fast allen Symptomen ein weniger häufiges Auftreten der Störung bei den Tagesklinik-Patienten. Dies ist jedoch in keinem Fall signifikant.
In der Tagesklinik-Gruppe sind im Verlauf der Studie vom Mzp 2 bis zum Mzp 3 Verschlechterungen in wichtigen psychopathologischen Symptomen festzustellen. Hingegen ist dies in der stationären Gruppe nicht der Fall. Ein Grund hierfür mag in der für die statistischen Tests geringeren Anzahl verbliebener Personen (nach Elimination der Verstorbenen und Verweigerer) liegen.

Hierin liegt der Hinweis auf einen schon weniger guten Befund gegenüber den Tagesklinik-Patienten bei Ende der Therapie. Liegt eine hohe Ausgangslage vor, ist ein Abfall, methodisch gesehen, eher nachzuweisen. Ein weiterer Grund für die nicht signifikanten Unterschiede könnte auch in einer größeren Varianz der Veränderungen in der stationären Gruppe liegen.

Insgesamt finden sich Hinweise dafür, daß mittels der Alternativerfassung "Symptom vorhanden-nicht vorhanden" Änderungen nicht sensibel genug erhoben werden.

Ein Vergleich der Ergebnisse dieser Studie mit Berichten von tagesklinischen Interventionen aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum kann nur mit Einschränkungen vorgenommen werden, weil die erfaßten Parameter und die Form der Datenerhebung von Studie zu Studie sehr different sind. Meist werden Skalen zur Be-

schreibung psychopathologischer Ausfälle verwendet.
GUY et al. (1969) berichten die Überlegenheit der Tagesklinik-Behandlung bzgl. der Symptomreduktion (Global-Maß) gegenüber nur ambulanter Therapie. Bei Einzelsymptomen konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden.
McDONNELL (1973) berichtet von einer Symptomreduktion (ohne genauere Ausführung) in 50 - 55 %. Bei dieser Untersuchung war auf einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe verzichtet worden.
MICHAUX et al. (1973) beschreiben eine höhere Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung bei jüngeren psychiatrischen Patienten, erfaßt mit der Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS). Bei einer follow-up Untersuchung nach 1 Jahr fanden sich keine Unterschiede mehr zu stationär behandelten Patienten, bis auf einen leichten Vorteil der stationären Gruppe bzgl. ängstlicher Selbstbestrafung.
WASHBURN et al. (1976) wiederum fanden in ihrer Klientel keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich tagesklinischer mit stationärer Behandlung.

Die Ergebnisse dieser Studie stehen mit den referierten in Einklang: Tagesklinik-Behandlung ist effektiv in der Reduktion psychopathologischer Ausfälle. Das Ausmaß der erreichten Verbesserungen ist jedoch oft nicht signifikant größer als durch stationäre Behandlung. Ist dies dennoch bei Einzelsymptomen der Fall, so bleibt der Vorteil nicht über längere Zeit erhalten und ist in follow-up-Untersuchungen nicht mehr nachweisbar.

Nach der Entlassung aus der Therapie ist eine intensive, stützende Nachsorge notwendig, um das (durch die Therapie) Erreichte zu erhalten.

### 3.5. Psycho-intellektueller Befund:

Die psycho-intellektuelle Leistungsfähigkeit kann beschrieben werden durch:

- Bewußtseinslage
- Orientierung
- Merkfähigkeit
- Frischgedächtnis
- Altgedächtnis
- Konzentrationsvermögen
- Auffassungsfähigkeit.

Störungen dieser Fähigkeiten wurden in dieser Untersuchung zu den vorgegebenen Zeitpunkten erfaßt und dokumentiert.

#### 3.5.1. Verlauf für die Tagesklinik-Gruppe:

Eine auf dem 5 %-Niveau signifikante Reduktion der Störungen während der Tagesklinik-Intervention ergab für die in Tab. 3.20. dargestellten Fähigkeiten Merkfähigkeit, Konzentrationsvermögen (Zahlen nachsprechen vorwärts und rückwärts, Monate des Jahres rückwärts), Frischgedächtnis, Auffassungsstörungen und Sprichwörterdeuten. Von den insgesamt 18 Items, die für eine Operationalisierung der oben aufgezählten Fähigkeiten in dieser Studie erfaßt wurden, waren 7 (39 %) bei Ende der tagesklinischen Intervention signifikant gebessert.

Tab. 3.20.

Verbesserte Items des psychisch-intellektuellen Befundes bei 46 tagesklinisch behandelten Patienten vom Zeitpunkt der Aufnahme in die Tagesklinik bis zum Zeitpunkt der Entlassung

| Item | Test | Prüfgröße | Sign.Niveau p = |
|---|---|---|---|
| Merkfähigkeit | WILCOXON | Z=-2,93 | 0,33 |
| Zahlen nachsprechen vorw. | WILCOXON | Z=-2,02 | 4,31 |
| Zahlen nachsprechen rückw. | WILCOXON | Z=-2,93 | 0,33 |
| Monate d. Jahres rückwärts | WILCOXON | Z=-3,17 | 0,15 |
| Frischgedächtnis | WILCOXON | Z=-2,20 | 2,77 |
| Sprichwörter deuten | WILCOXON | Z=-2,36 | 1,80 |
| andere Auffassungsstörungen | McNEMAR | Binomial | 1,56 |

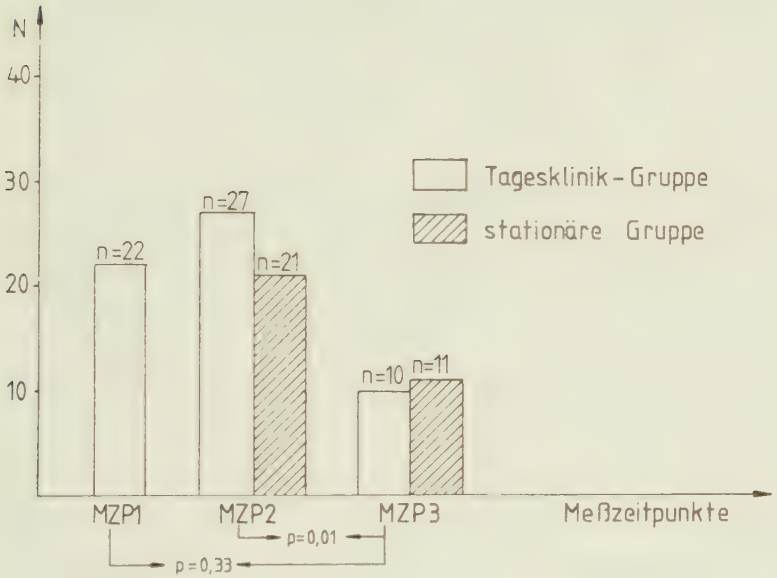
Die Häufigkeit der beeinträchtigten Funktion zu Beginn der Behandlung lag im Durchschnitt bei n = 18 (40 %). Bei Ende der Behandlung hatten lediglich ein Viertel n = 11 (25 %) der Tagesklinik-Patienten in den erhobenen Parametern noch Störungen. Bei der näheren Analyse der Ergebnisse zeigte sich, daß die Ausfälle des Frischgedächtnisses und der Merkfähigkeit in stärkerem Ausmaß während der Tagesklinik-Intervention reduziert werden konnten als die der Konzentration und des Auffassungsvermögens.

Nach 1 Jahr (Mzp 3) wiesen n = 33 (71 %) der Tagesklinik-Gruppe in dem Global-Maß "Psycho-intellektuelle Störungen Ja/Nein": Beeinträchtigungen auf, gegenüber n = 19 (41 %) zum Mzp 2 bei Entlassung und n = 24 (52 %) zum Mzp 1 bei Aufnahme in die Tagesklinik.

Die Verschlechterung vom Mzp 2 zum Mzp 3 und vom Mzp 1 zum Mzp 3 sind hoch signifikant (McNEMAR, p = 0,01).

Abb. 3.21.

46 tagesklinisch und 46 stationär behandelte Patienten ohne psychisch-intellektuelle Störungen im Verlauf der Untersuchung



Die Analyse zeigt, daß sich die Störungen besonders in dem Maß für das Konzentrationsvermögen: Monate des Jahres rückwärts (WILCOXON, Z=-2,80, p = 0,50) und für das Auffassungsvermögen: Sprichwörter deuten (WILCOXON, Z=-3,45, p = 0,04) 1 Jahr nach der Entlassung häuften.

Zu diesem Zeitpunkt verschlechtert hatte sich ebenfalls das Altgedächtnis (WILCOXON, Z=-3,51, p = 0,04). Während der Behandlungszeit in der Tagesklinik waren hier bei nur bei 2 der Patienten Störungen festzustellen gewesen, gegenüber n = 18 (40 %) zum Mzp 3 nach 1 Jahr.

Tab. 3.22.

Altgedächtnis bei 46 tagesklinisch behandelten Patienten bei Aufnahme in die Tagesklinik (Mzp 1), bei der Entlassung (Mzp 2) und bei der Nachuntersuchung 1 Jahr später (Mzp 3), geprüft durch die Fragen "Wer war Adenauer ?" und "Wann begann der II. Weltkrieg ?"

| Mzp | Mzp 1 | | Mzp 2 | | Mzp 3 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Anzahl der Fehler | n | % | n | % | n | % |
| kein Fehler | 44 | 95,7 | 44 | 95,7 | 26 | 56,5 |
| 1 Fehler | 1 | 2,2 | 1 | 2,2 | 13 | 28,3 |
| 2 Fehler | 1 | 2,2 | 1 | 2,2 | 4 | 8,7 |
| fehlende Daten | - | - | - | - | 3 | 6,5 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

3.5.2. Vergleich der Tagesklinik-Diagnosengruppen:

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die tagesklinische Behandlung bestätigt der Test auf Signifikanz über die Kontingenztafel, daß die 4 Diagnosengruppen bzgl. der Bewußtseinslage nicht homogen waren. In der Gruppe der Patienten mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit traten Bewußtseinstörungen häufiger auf als in den drei anderen Gruppen, Chi-Quadrat = 20,80, p = 0,2.

3.5.3. Verlauf für die stationär behandelte Gruppe:

Vom Zeitpunkt der Entlassung (Mzp 2) bis zur Nachuntersuchung (Mzp 3) (der Vergleich wurde nach Elimination der Verstorbenen und Verweigerer durchgeführt), waren wie in der Tagesklinik-Gruppe Störungen signifikant häufiger in den Parametern der Konzentrationsfähigkeit (WILCOXON, Z=-2,93, p = 1,66) und dem Altgedächtnis (WILCOXON, Z=- 3,5, p = 0,22). Siehe Tab. 3.23. und 3.24.

Tab. 3.23.

Konzentrationsfähigkeit bei 46 stationär behandelten Patienten bei der Entlassung aus der Behandlung (Mzp 2) und 1 Jahr später (Mzp 3), geprüft durch die Aufzählung der Monate des Jahres rückwärts

| Mzp | Mzp 2 | | Mzp 3 | |
|---|---|---|---|---|
| Anzahl der Fehler | n | % | n | % |
| kein Fehler | 32 | 69,6 | 18 | 39,1 |
| 1 und 2 Fehler | 7 | 15,2 | 4 | 8,7 |
| mehr als 2 Fehler | 5 | 10,9 | 10 | 21,7 |
| fehlende Daten | 2 | 4,3 | 14 | 30,7 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

Tab. 3.24.

Altgedächtnis bei 46 stationär behandelten Patienten bei der Entlassung aus der Behandlung (Mzp 2) und 1 Jahr später (Mzp 3), geprüft durch die Fragen "Wer war Adenauer ?" und "Wann begann der II. Weltkrieg ?"

| Mzp | Mzp 2 | | Mzp 3 | |
|---|---|---|---|---|
| Anzahl der Fehler | n | % | n | % |
| kein Fehler | 39 | 84,8 | 20 | 43,5 |
| 1 Fehler | 4 | 8,7 | 7 | 15,2 |
| 2 Fehler | 1 | 2,2 | 6 | 13,0 |
| fehlende Daten | 2 | 4,3 | 13 | 28,3 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

Ein Abfall der Merkfähigkeit und anderen Operationalisierungen des Parameters Konzentrationsfähigkeit, wie z.B. Zahlen nachsprechen rückwärts, waren nicht nur in der Tagesklinik-Gruppe zu finden, sondern auch in der stationären Gruppe. Die geringere Anzahl der in die Tests eingehenden Daten ist sicher hier für ein Nichtvorhandensein von Signifikanzen verantwortlich. Es kann mit einigen Einschränkungen davon ausgegangen werden, daß die Verstorbenen und vielleicht auch die Verweigerer, wenn nicht in allen, so doch in vielen Items den Anstieg der Störungen zum 3. Meßzeitpunkt noch verstärkt und damit zu einem signifikanten Ergebnis geführt hätten.

### 3.5.4. Vergleich der tagesklinischen mit der stationären Gruppe:

Wie auch beim psychopathologischen Befund fand sich bei der Erhebung der psychisch-intellektuellen Ausfälle zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Behandlung (Mzp 2) kein signifikanter Unterschied zwischen der Tagesklinik- und der stationären Gruppe.

1 Jahr später (Mzp 3) hatten die Tagesklinik-Patienten signifikant weniger Störungen der Merkfähigkeit, (WILCOXON, $Z = -2,78$, $p = 0,54$). siehe Tab. 3.25.

Tab. 3.25.

Häufigkeit von Störungen der Merkfähigkeit bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten bei der Nachuntersuchung 1 Jahr nach Entlassung aus der Therapie (Mzp 3), geprüft mit der Wiedergabe von 3 Gegenständen, Schlüssel, Geldstück, Bleistift, nach 7 Minuten.

| Gruppe | Tk | | stat. | |
|---|---|---|---|---|
| Anzahl d. richtig genannten Gegenstände | n | % | n | % |
| 3 Gegenstände | 29 | 63,0 | 14 | 30,4 |
| 2 Gegenstände | 10 | 21,7 | 12 | 21,6 |
| 1 Gegenstand | 3 | 6,5 | 2 | 4,3 |
| kein Gegenstand | 1 | 2,2 | 4 | 8,7 |
| fehlende Daten | 3 | 6,5 | 14 | 30,4 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

Dieser Vorteil der Tagesklinik-Gruppe ist besonders zu bewerten, wenn man bedenkt, daß sich die Gruppe insgesamt auch gegenüber dem Zustand bei Entlassung aus der Behandlung verschlechtert hat. Offentsichtlich besteht hier ein quantitativer Unterschied bzgl. der Schwere der Ausfälle. In den anderen Parametern des psychisch-intellektuellen Befundes bestehen auch nach 1 Jahr keine signifikanten Unterschiede zwischen der Tagesklinik- und der stationären Gruppe, obwohl der Anteil der Patienten ohne Beeinträchtigung in der Tagesklinik-Gruppe, wenn nicht in allen, so doch in den meisten erhobenen Fertigkeiten, größer ist als in der stationären Gruppe.

### 3.5.5. Vergleich der einzelnen Diagnosengruppen der Tagesklinik- und der stationären Gruppe:

Die Gruppe der körperlich begründbaren Psychosen innerhalb der Tagesklinik-Gesamtgruppe hat zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Behandlung und 1 Jahr später deutlich geringere Ausfälle als zu Beginn der Therapie. Auch nach Therapieende kann die während der Tagesklinik-Intervention erreichte Verbesserung aufrechterhalten werden für die Fähigkeiten der Orientierung, der Konzentration, des Frischgedächtnisses und der Auffassungsfähigkeit. Das Altgedächtnis verschlechtert sich signifikant von der Entlassung bis zur Nachuntersuchung von n = 11 Patienten ohne Beeinträchtigung bei einer Gruppengröße von n = 12 auf n = 4 ohne Beeinträchtigung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, (WILCOXON, Z = -2,02, p = 4,3).
Aus diesem Befund wird deutlich, daß der für die gesamten Gruppen (tagesklinisch wie stationär Behandelte) beschriebene Verlauf der Untersuchung im psychisch-intellektuellen Befund sich am deutlichsten in der Gruppe der körperlich begründbaren Psychosen darstellt.

### 3.5.6. Zusammenfassung:

Während der Tagesklinik-Behandlung ergeben sich signifikante Verbesserungen durch die in der Tagesklinik angewandten Verfahren im Sinne einer Reduktion der Beeinträchtigungen. Das Ausmaß der erreichten Verbesserungen ist jedoch nicht größer als das Niveau, das am Ende der stationären Behandlung festzustellen war.

Die Konzentration und das Auffassungsvermögen verschlechtern sich ohne intensives Training eher als die Merkfähigkeit.

Das Altgedächtnis bei dessen Prüfung die Patienten zu Beginn der Behandlung und während der Intervention keine Störungen aufwiesen, ist 1 Jahr später bei der Nachuntersuchung häufiger gestört. Die Ursache hierfür liegt einmal in der Miteinbeziehung dieses Parameters in den fortschreitenden Krankheitsprozess, kann aber auch unabhängig davon durch den nichtkrankhaften Alternsprozess hervorgerufen sein.

Wichtig erscheinen die während der Behandlung erreichten Verbesserungen in Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die Selbständigkeit und die soziale Interaktion. FOLSOM (1968) und ZEPELIN & WADE (1975) beschreiben bei Einsatz von speziellen Techniken zur Verbesserung der Orientierung, der Merk- und Konzentrationsfähigkeit, daß dies sich fördernd auf die Selbständigkeit und die soziale Interaktion sowie auf die Aktivität auswirkt, vgl. auch LEHR (1979).

Aus dieser Studie kann nicht auf den Erfolg solcher Einzelmaßnahmen innerhalb der tagesklinischen Intervention geschlossen werden. Tagesklinik-Behandlung beinhaltet jedoch unter anderem Merkmale und Methoden der realitätsorientierenden Therapie bzw. Resensibilisierung und ist auch für einige der Zielkriterien dieser therapeutischen Interventionsmethoden wirksam. Ohne unterstützende Nachsorge ist auch hier der Erfolg nur temporär. Das erreichte Niveau sinkt ungleich bei den erhobenen Parametern der psychisch-intellektuellen Prüfung im Verlauf des 1 Jahres nach Entlassung.

Neben dem psychopathologischen Befund und dem Komplex der sozial-praktischen Kompetenz zeigt sich im psychisch-intellektuellen Befund am deutlichsten der Effekt der Therapie im Sinne einer Verbesserung oder Behebung der zu Beginn bestehenden Beeinträchtigungen oder Ausfälle.

Gebessert werden signifikant die Merkfähigkeit, die Konzentrationsfähigkeit und das Auffassungsvermögen.
Ein signifikanter Abfall des erreichten Niveaus in der tagesklinischen und in der stationären Gruppe bei der Konzentrationsfähigkeit und dem Auffassungsvermögen weist darauf hin, daß diese Veränderungen krankheitsbedingt sind und durch die Behandlung in ihrer Ausprägungsintensität vorübergehend reduziert werden können.

Dies wirkt sich sicherlich nicht nur fördernd auf die Aktivitäten der sozial-praktischen Kompetenz, sondern auch positiv auf die Verstimmung und die Gefühlstörungen aus, OESTERREICH (1975), HEINEMANN (1977).

Für weitere Untersuchungen bleibt die Aufgabe multivariater Planung und Auswertung, um die oben angedeuteten Zusammenhänge näher beschreiben zu können.

3.6. Somatisch-neurologischer und hirnpathologischer Befund:

Erhoben wurden für die Tagesklinik-Patienten bei Aufnahme in die Behandlung 55 Items; für die Nachuntersuchung für die stationäre Gruppe wurden von diesen 28 Items ausgewählt, da diese Datenerhebung nicht unter klinischen Bedingungen erfolgte, sondern zum Teil in der Wohnung der Patienten. Nicht mehr erfaßt wurden z.B. Laborwerte, Ct und EEG sowie EKG.

Für den Verlauf der Behandlung in der Tagesklinik-Gruppe und der stationären Gruppe sowie dem Vergleich zwischen beiden Gruppen an verschiedenen Untersuchungszeitpunkten ergaben sich wenige signifikante Ergebnisse. Dabei ist zu berücksichtigen, daß für den Verlauf der stationären Gruppe und für den Vergleich der Tagesklinik-Patienten mit der stationären Gruppe

zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung für die statistische Auswertung jeweils die Verstorbenen und die Verweigerungen eliminiert wurden. Dieser Anteil der Patienten kann jedoch mit gewisser Berechtigung als verschlechtert bezeichnet werden, (siehe auch Kap. 3.2.).

Für die Tagesklinik-Gruppe wurde der Befund innerhalb der durchschnittlich neunwöchigen Behandlungszeit in der Tagesklinik einmal dokumentiert, da eine bedeutende Veränderung in solch kurzer Zeit für diesen Bereich des Befundes in keinem Fall eintrat.

Ein Jahr nach der Entlassung war bei den Tagesklinik-Patienten eine Zunahme der koronaren Herzkrankheit festzustellen, McNEMAR, Binomial, $p = 0,78$. Hinweise finden sich auf eine Zunahme der Herzinsuffizienz und "anderer" nicht explizit erhobener Befunde, sowie ein auffälliges Vegetativum. Dies ist jedoch nicht signifikant.

Von der Entlassung bis zur Nachuntersuchung traten in der stationären Gruppe neben dem Tod von 9 Patienten, Sehverschlechterungen (McNEMAR, $p = 1,56$), Herzinsuffizienz (McNEMAR, $p = 0,01$) und "andere" (nicht explizierte) Befunde (McNEMAR, $p = 0,19$) signifikant häufiger auf.

Die 4 Diagnosengruppen der Tagesklinik waren bei Aufnahme in die Tagesklinik im neurologischen Status sehr inhomogen. Auffallend häufiger waren Ausfälle dieser Art in der Gruppe der Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Tab. 3.26.

Tab. 3.26.

Häufigkeit neurologischer Ausfälle bei 46 tagesklinisch behandelten Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Behandlung mit unterschiedlichem Auftreten in vier Diagnosengruppen, Gruppe I - körperlich begründbare Psychosen, Gruppe II - Schizophrenie, Gruppe III - affektive Psychosen, Gruppe IV - Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

| Gruppe | Gruppe I | | Gruppe II | | Gruppe III | | Gruppe IV | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| neurolog. Symptomatik | n | % | n | % | n | % | n | % |
| path. Gang | - | - | 1 | 7,7 | - | - | 6 | 75,0 |
| path.Feinmotor. | 3 | 27,3 | - | - | 1 | 7,7 | 5 | 62,5 |
| path.Koordinat. | - | - | - | - | - | - | 4 | 50,0 |
| Tremor (beide Hände) | 5 | 45,5 | 4 | 30,8 | 7 | 53,8 | 7 | 87,5 |
| Extra-pyram. Stör. | 5 | 45,5 | 4 | 30,8 | 3 | 23,1 | 6 | 75,5 |

Bei der Entlassung und bei der Nachuntersuchung sind die einzelnen Gruppen nicht signifikant voneinander unterschiedlich.

Der somatisch-neurologische Befund wird mit den in dieser Studie erhobenen Items nur qualitativ beschrieben. Im Vergleich der beiden Gesamtgruppen findet sich kein Unterschied.

Abgesehen von der relativ hohen Anzahl der Verstorbenen in der stationären Gruppe, deren Ursache und Bedeutung nicht eindeutig geklärt werden kann (siehe Kap. 3.2.), kann damit einer

viel geäußerten Kritik entgegengetreten werden, in der Tagesklinik würden nur solche Patienten behandelt, die weniger stark somatisch beeinträchtigt seien als die Mehrzahl stationär behandelter Patienten.

Der praktisch nicht veränderte körperliche Befund muß im Zusammenhang mit den psychischen Veränderungen und Effekten der Behandlung beachtet werden. Über diesen Zusammenhang vgl. LEHR (1974), TISMER et al. (1975), THOMAE (1980).

Hirnpathologischer Befund:
Hirnwerkzeugstörungen treten in der Tagesklinik- und in der stationären Gruppe zu allen Untersuchungszeitpunkten nur sehr selten auf. Die Unterschiede zwischen den Gruppen oder Veränderungen im Verlauf der Untersuchungen sind nur gering. Eine statistische Analyse ist aufgrund der geringen Auftretenshäufigkeit und des geringen Unterschiedes zwischen beiden Gruppen nicht durchgeführt worden.

3.7. Medikamente:

Die verordneten Medikamente wurden in vier Kategorien zusammengefaßt:
- Digitalis-Präparate
- hirndurchblutungsfördernde Medikamente
- Psychopharmaka
- andere Medikamente.

Die Patienten der Tagesklinik-Gruppe nehmen im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt bei der Nachuntersuchung signifikant häufiger (McNEMAR, $p = 0,98$) Medikamente aus der Kategorie "andere". siehe Tab. 3.27.

Tab. 3.27.

Häufigkeit der Medikation "andere Medikamente" bei 46 tagesklinisch behandelten Patienten bei der Entlassung aus der Therapie (Mzp 2) und bei der Nachuntersuchung 1 Jahr später (Mzp 3). In die Kategorie "andere Medikamente" wurden alle die, zusammengefaßt, die nicht Psychopharmaka, Digitalis-Präparate oder nicht hirndurchblutungsfördernde Medikamente sind.

| Mzp | Mzp 2 | | Mzp 3 | |
|---|---|---|---|---|
| "andere Medikamente" | n | % | n | % |
| Medikation | 4 | 8,7 | 27 | 58,7 |
| keine | 41 | 89,3 | 15 | 32,6 |
| fehlende Daten | - | - | 4 | 8,7 |
| | 46 | 100,0 | 46 | 100,0 |

Die Medikation der drei anderen Kategorien wird im wesentlichen wie während der Tagesklinik-Behandlung weitergeführt.

Die Verordnungen in der stationären Gruppe wechseln in größerem Ausmaß. Bei der Nachuntersuchung nehmen signifikant mehr Patienten dieser Gruppe als bei der Entlassung Medikamente der Digitalis-Kategorie (McNEMAR, p = 3,91), Medikamente zur Förderung der Hirndurchblutung (McNEMAR, p = 0,94) und andere Medikamente (McNEMAR, p = 2,69). siehe Tab. 3.28.

Tab. 3.28.

Häufigkeit der Medikation von Digitalispräparaten, hirndurchblutungsfördernden Medikamenten und "anderen Medikamenten" bei 46 stationär behandelten Patienten bei der Entlassung aus der Therapie (Mzp 2) und bei der Nachuntersuchung 1 Jahr später (Mzp 3). In der Kategorie "andere Medikamente" wurden alle die zusammengefaßt, die nicht Psychopharmaka, Digitalispräparate oder hirndurchblutungsfördernde Medikamente sind.

| Mzp | Mzp 2 | | Mzp 3 | |
|---|---|---|---|---|
| Medikation | n | % (adj) | n | % (adj) |
| Digitalispräp. | 25 | 56,8 | 26 | 78,8 |
| hirndurchblutungsför. | 15 | 34,1 | 18 | 56,3 |
| "andere" | 6 | 13,6 | 11 | 34,4 |

Patienten der Gruppe mit der Diagnose einer körperlich-begründbaren Psychose nehmen zum Zeitpunkt der Entlassung signifikant unterschiedlich zu den drei anderen Diagnosengruppen der Tagesklinik häufiger hirndurchblutungsfördernde Medikamente, $Chi^2 = 10,08$, p = 1,78.

Bei der Nachuntersuchung 1 Jahr später ist die Gruppe der affektiven Psychosen der Tagesklinik durch eine höhere Medikation mit Psychopharmaka gegenüber den anderen drei Gruppen auffällig, $Chi^2 = 8,69$, $p = 3,37$.
Ein Einflußfaktor für die relativ konstante Medikation der Tagesklinik-Patienten ist sicherlich die Weiterbetreuung von n = 15 Patienten nach der Entlassung durch die Poliklinik der Psychiatrischen Universitätsklinik. Andererseits drückt sich hier ein eher gleichmäßig guter körperlich und psychischer Zustand mit wenig schwerwiegenden Veränderungen aus, im Gegensatz zu den Patienten der stationären Gruppe. Hier könnte die starke Zunahme der Medikation als Versuch der Abwendung einer bevorstehenden Dekompensation interpretiert werden.

Nicht unabhängig ist dieser Befund auch von der Einstellung der Patienten zu ihrer Erkrankung. Obwohl dies nicht anhand einer Skala dokumentiert wurde, ergab sich besonders während der Nachuntersuchung der Eindruck, die Mehrzahl der Tagesklinik-Patienten habe zu ihrer Krankheit eine positivere Einstellung, im Sinne einer Akzeptierung, und sei in der Lage, eventuelle Beeinträchtigungen geringfügiger Art richtig zu bewerten und in den Tagesablauf miteinzubeziehen.

Ein anderer Effekt zeigt sich in der bei der Nachuntersuchung häufigeren Medikation "anderer" Medikamente in der Tagesklinik-Gruppe. Hier könnte eine bessere Information über die Erkrankung sensibel machen für die Wahrnehmung körperlicher Beeinträchtigungen, was zu einer häufigeren Medikation von Vitamin-Präparaten und Ähnlichem führt; dies ergibt eine inhaltliche Analyse der Kategorie "andere Medikamente". Weiterhin wird dadurch eine stärkere Zuwendung des betreuenden Arztes erlangt.
GUY et al. (1969) verglichen bei Patienten im Alter von 18 - 65 Jahren Tagesklinik-Behandlung mit alleiniger ambulanter

medikamentöser Therapie. Dabei zeigte sich die Behandlung mit Medikamenten bzgl. der Dauer der Behandlung der Tagesklinik-Behandlung überlegen. Medikamente, so interpretieren die Autoren zeigen eine schnellere Wirkung.
McDONNELL (1973) beschreibt die "unterstützende" medikamentöse Therapie bei fast 90 % der von ihm untersuchten, nicht alterspsychiatrischen Tagesklinik-Patienten.
MICHAUX et al. (1973) fanden keinen Unterschied in der Psychopharmaka-Medikation von Tagesklinik-Patienten im Vergleich zu stationär Behandelten, weder bei Entlassung aus der Behandlung noch bei der Nachuntersuchung 1 Jahr später. Sie stellen jedoch, wie es auch in dieser Studie der Fall war, bei etlichen Patienten eine Änderung der Medikation nach 1 Jahr fest. Es bestand aber im Gegensatz zu dieser Untersuchung kein Unterschied zwischen Tagesklinik- und stationärer Gruppe.
BOSCH (1971) weist besonders auf die Möglichkeit höherer Dosierungen von Psychopharmaka während tagesklinischer Behandlung gegenüber nur ambulanter Behandlung hin.

3.8. Behandlungsdauer (Verweildauer):

Bei Aufnahme in die Tagesklinik waren n = 28 (60,9 %) der Patienten stationär vorbehandelt. n = 18 (39,1 %) wurden direkt in die Tagesklinik-Behandlung aufgenommen.

Tab. 3.29.

Verweildauer in der Klinik bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten

| Verweildauer (in Wochen) | Tk | stat. |
|---|---|---|
| durchschnittlich mittlere Dauer | 9,4 | 9,4 |
| durchschnittlich mittlere Dauer stat. Vorbehandlung bei 28 Tk-Patienten | 6,6 (1 - 36) | - |
| durchschnittlich mittlere Dauer bei nicht stat.Vorbehandlung von 18 Tk-Pat. | 9,9 | - |

Ein Vergleich der Verweildauer zeigt, daß die Gesamtgruppen tagesklinisch behandelter und stationär behandelter Patienten sich nicht unterscheiden. Ein Vergleich der ohne Vorbehandlung direkt in die Tagesklinik eingewiesenen Patienten zeigt ebenfalls gegenüber der mittleren stationären Behandlungszeit keine Unterschiede. Eine mögliche Antwort für diese Ergebnisse könnte sein, daß die Stationen wegen des herrschenden Aufnahmedruckes zu einer rascheren Entlassung der Patienten gezwungen waren, während in der Tagesklinik in den ersten Jahren kein Platzmangel und damit kein Entlassungsdruck bestand. Andererseits weisen die sehr unterschiedlichen Vorbehandlungsdauern bei den 28 stationär vorbehandelten Tagesklinik-Patienten von 1 - 36 Wochen auf eine große Inhomogenität dieser Patientengruppe hin. Die häufigen stationären Aufnahmen vor der beschriebenen Tagesklinik-Behandlung müssen ebenfalls in diesem Zusammenhang gesehen werden. Sie verstärken den Ein-

druck, daß in die Tagesklinik-Gruppe auch sehr schwer zu zu rehabilitierende Patienten aufgenommen worden waren.

Dies zeigt die genauere Analyse der Vorbehandlungszeit: 7 dieser Patienten = 1/4 wurden nur 1 Woche vorbehandelt, 8 waren schon mehr als 9 Wochen stationär vorbehandelt, bevor eine Verlegung in die Tagesklinik erfolgte. Sie lagen damit schon im Niveau der mittleren Therapiezeit überhaupt.

GOLDSTEIN & CARLSON (1976) hatten in einer alterspsychiatrischen Tagesklinik-Gruppe mit einem Durchschnittsalter von 71,4 Jahren eine durchschnittliche Verweildauer von 9 Wochen. VIETZE et al. (1976) berichten bei jüngeren Patienten von einer Behandlungszeit von 35 Tagen, unter Miteinbeziehung der stationären Vorbehandlungszeit von 66,3 Tagen (9,5 Wochen). BOSCH (1971) gibt eine Behandlungsdauer von 47 Tagen an. Die Behandlungszeiten sind somit trotz verschiedener Untersuchungsgruppen gleich lang.

Aus der alleinigen Angabe der Behandlungsdauer können keine Schlußfolgerungen auf die Effektivität bzw. die Effizienz einer Therapie gezogen werden, da schon der Gesundheitszustand zum Entlassungszeitpunkt aus diesem Parameter nicht hervorgeht und wahrscheinlich selten vergleichbar ist. CROSS et al. (1972) weisen auf die Gefahr hin, daß in relativ großen psychiatrischen Kliniken aus Tagesklinik-Patienten"eine neue Form chronischer Patienten gemacht wird". In einer follow-up-Studie bei 647 Patienten fanden sie eine positive Korrelation zwischen Tagesklinik-Patienten in größeren psychiatrischen Kliniken mit einer längeren Verweildauer, schlechterer Prognose, höherer Morbidität und häufiger früherer stationärer Aufnahme.

Hiermit wird auf die Wichtigkeit einer genauen Verlaufsüberprüfung der Therapie hingewiesen, um entstehende Abhängigkeiten

von der Tagesklinik besser zu kontrollieren bzw. gar nicht entstehen zu lassen. Dazu notwendig ist jedoch eine fundierte Kenntnis gerade auch der Wirkungen tagesklinischer Intervention. Weiterhin kann diesem Effekt durch eine Festlegung der maximalen Therapiezeit in der Tagesklinik begegnet werden. In der Düsseldorfer geronto-psychiatrischen Tagesklinik war die maximale Therapiezeit auf 12 Wochen festgelegt.

3.9. Wiederaufnahmerate:

Während des 1 Jahres nach der Entlassung aus der Behandlung werden von den Patienten beider Gruppen auf die Frage nach den wichtigsten Ereignissen innerhalb dieses Jahres folgende angegeben: (Mehrfachnennungen waren möglich)

Tab. 3.30.

Ereignisse im Verlauf des 1 Jahres nach Entlassung aus der Therapie bei 46 tagesklinisch und 46 stationär behandelten Patienten (Mehrfachnennungen waren möglich)

| Ereignisse | Tk(n) | stat.(n) |
|---|---|---|
| Tod eines nahen Angehörigen | 1 | - |
| Umzug | 11 | 11 |
| Krankheit | 3 | 6 |
| Wiederaufnahme in psychiatrische Klinik | 9 | 4 |
| keine | 18 | 15 |
| andere | 7 | - |
| Tod | 1 | 9 |
| nicht erhebbar | 2 | 13 |

In der Kategorie "andere" werden zusammengefaßt Ereignisse wie z.B. neuen Partner kennengelernt, Krankheit des Ehegatten.

Wichtigster Punkt dieser Liste ist die Wiederaufnahme in eine psychiatrische Klinik. Sie betrifft in der Tagesklinik-Gruppe 19,8 % der Patienten, in der stationären Gruppe 13,8 % der befragten Patienten. Es fehlen die Daten der Verstorbenen und der Verweigerer. Für diese Gruppe war es nicht möglich, zu erfahren, ob eine Wiederaufnahme innerhalb dieses Jahres, respektive bis zu ihrem Tod erfolgt war.

Die Wiederaufnahmerate ist einer der am häufigsten benutzten Parameter zur Effektivitätsbestimmung der Tagesklinik-Behandlung. BUDSON, GROB & SINGER (1977) geben für fünf follow-up-Studien tagesklinischer Intervention Rehospitalisierungsraten von 15 - 48 % mit einem Mittel von 27 % an. Für welchen Zeitraum dies gilt, ist der Literaturstelle nicht zu entnehmen. Damit wird direkt auf eine Einschränkung des Kriteriums hingewiesen. Aussagen über Rehospitalisierungsraten sind nur mit der Nennung des beobachteten Zeitraums für Vergleiche zu benutzen.

Insgesamt ist dieser Parameter nur mit Vorbehalt zu verwenden, da einer Wiederaufnahme in stationäre Behandlung gegenüber einer Wiederaufnahme in tagesklinische Behandlung sehr unterschiedliche Bedeutung zu kommt. Die Dimension individuellen und sozialen Wohlbefindens wird nicht erfaßt, KANOWSKI (1977).

4. Diskussion (Wirksamkeit tagesklinischer Intervention):

Für eine Beschreibung der Wirksamkeit tagesklinischer Intervention sollen die wichtigsten Programmpunkte noch einmal kurz aufgezählt werden:
- die medizinisch-klinische Diagnostik und Therapie
- Beschäftigungstherapie
- Musiktherapie
- Sozialtraining
- Themenzentrierte Gruppengespräche
- Einkaufen, Kochen
- Besuch kultureller Veranstaltungen
- Besuch und Vorstellung in Altentagesstätten.

Die Wirksamkeit der Gesamtheit dieser Maßnahmen in Form tagesklinischer Intervention wurde für 46 geronto-psychiatrische Patienten anhand der Ziele, die bei Beginn der Behandlung formuliert worden waren, überprüft.

Diese Ziele waren die Reduktion bzw. die Behebung psychopathologischer, psychisch-intellektueller Ausfälle sowie somatisch-neurologische Beeinträchtigungen und mit besonderem Schwerpunkt die Wiedererlangung bzw. Steigerung der sozialpraktischen Kompetenz. Für eine Bewertung der Erreichung dieser Ziele ist eine zeitliche Dimension vorhanden, d.h. wichtig ist nicht nur die Beschreibung des Gesundheitszustandes im Sinne der Definition der WHO bei Ende der Therapie, sondern auch noch einige Zeit später. In dieser Studie wurde der Zeitraum 1 Jahr gewählt. Weiterhin gehört zur Beschreibung der Wirksamkeit auch die Angabe etwaiger "Kosten" der Therapie, wie z.B. die Behandlungsdauer und die Wiederaufnahmerate.

Voraussetzung für eine Darstellung der Wirksamkeit einer Interventionsform ist an erster Stelle die Kennzeichnung der

Patientengruppe, die behandelt wurde. Entsprechend dem 2. Gipfel der Erkrankungshäufigkeit an affektiven Psychosen bei 60 - 70-jährigen Patienten, mit einem Überwiegen weiblicher Kranker, ist die Größe dieser Diagnosengruppe in der Untersuchungspopulation der Tagesklinik und somit auch der stationär Behandelten höher als bei Tagesklinik-Behandlungsgruppen mit jüngerem Durschnittsalter, GOLDSTEIN & CARLSON (1976), BOSCH (1971), BUDSON et al. (1972), VIETZE (1976), WIETHÖLTER (1975), WASHBURN et al. (1976).

Die Analyse der Ergebnisse zeigt gerade für diese Patientengruppe mit endogenen Psychosen depressiver Symptomatik die besondere Indikationstellung zur Tagesklinik-Behandlung auf. Während der Tagesklinik-Intervention wurde in dieser Gruppe die beste Steigerung der sozial-praktischen Kompetenz erreicht.

Ein weiterer wichtiger Unterschied zu den in der Literatur dargestellten Behandlungsgruppen mit einem Tagesklinik-Programm ist die Aufnahme von Alkohol- und Medikamentenabhängigen in die Tagesklinik. Nach dem Ergebnis dieser Studie war die Behandlung dieser Patientengruppe gleich erfolgreich wie für die anderen Gruppen mit körperlich begründbaren Psychosen und mit Schizophrenie. Die bei Aufnahme in die Tagesklinik bestehenden signifikant häufigeren somatisch-neurologischen Ausfälle konnten durch das medizinisch-klinische Instrumentarium der Tagesklinik und die Anbindung an die Psychiatrische Universitätsklinik Düsseldorf stark vermindert werden. Die Vermittlung einer Strukturierung des Tagesablaufs und das Training sozial-praktischer Kompetenz führt auch bei diesen Patienten zu Besserungen, die sich bei der Nachuntersuchung 1 Jahr nach Ende der Therapie nicht von den anderen Gruppen unterscheiden.

In der Tagesklinik-Gruppe wurde eine höhere Zahl Lediger und Geschiedener behandelt, als es dem Anteil dieser Gruppe an der Normalbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland gleichen Alters entspricht. Hier erscheint besonders der Schwerpunkt tagesklinischer Intervention bzgl. der sozialpraktischen Kompetenz wichtig, da unter diesen Patienten viele mit einer weniger gut gesicherten Betreuung im Krankheitsfall sind.

Ein signifikant häufigerer, besserer Schulabschluß der Tagesklinik-Gruppe gegenüber der stationären Gruppe zeigt auf, daß Patienten mit höherem Ausbildungsniveau einer differenzierten Therapie zugeführt werden, die den Fähigkeiten und den Ansprüchen dieser Patientengruppe eher gerecht wird. Nicht geklärt werden kann, ob das verwendete Interventionsprogramm oder auch nur Teilaspekte davon das höhere Ausbildungsniveau für eine erfolgreichere Behandlung voraussetzen. Besondere Wichtigkeit wäre dann für die Entwicklung und das Training von Interventionstechniken gegeben, die auch bei einem geringeren Ausbildungsniveau zu einer ähnlichen Wirksamkeit führen.

Bei der Diskussion dieses Ergebnisses muß jedoch der Zusammenhang des Ausbildungsniveaus mit vielen Parametern der sozialen Umgebung, wie z.B. der Wohnsituation, der finanziellen Situation, berücksichtigt werden. Tagesklinik-Patienten haben schon zu Beginn der Behandlung eine in der Tendenz bessere Wohnsituation als die Partner in der stationären Gruppe. Gerade hier besteht ja auch die Indikation der tagesklinischen Intervention mit dem Ziel, zur Erhaltung der Wohnsituation und dem gewohnten sozialen Milieu beizutragen und den Patienten dazu zu befähigen, sein Leben in der alten Umgebung fortzusetzen.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen die Wirksamkeit tagesklinischer Intervention für die genannten Ziele nach. Das Ausmaß ist jedoch nicht für alle Ziele gleich groß. Während der Tagesklinik-Behandlung werden die psychopathologischen Störungen in hohem Maß beseitigt. Bei Entlassung weisen lediglich im Mittel noch 5 % der Patienten Störungen auf. Die psychisch-intellektuellen Störungen konnten während der Behandlung in ihrer Häufigkeit um die Hälfte reduziert werden. Jedoch weisen immer noch 20 % (im Mittel) Störungen auf. Für diese müßte geklärt werden, ob sie irreversibel sind, oder ob, nach eingehender Analyse dieser Störungen, weitere Interventionstechniken in das Programm aufgenommen werden können, die dann zu einer zusätzlichen Reduktion dieser Störungen führen. In dieser Studie gilt das besonders für Störungen des Konzentrationsvermögens.

Am deutlichsten wird die Wirksamkeit, entsprechend dem bei Beginn der Studie formulierten Ziel, im sozialen Bereich bei der Wiedererlangung der Unabhängigkeit von der Hilfe Anderer und der Wiederherstellung der Kompetenz in Anforderungen des täglichen Lebens, wie z.B. Einkaufen, Kochen oder Regelung des Geschäftsverkehrs. Diese letztgenannte Fertigkeit erwies sich als höchst sensibler Parameter für die Beschreibung der Effektivität des Tagesklinik-Programms bzgl. der sozialpraktischen Kompetenz.

Die Überwindung des Aktivitätsverlustes sowie die Anregung von Eigeninitiative finden ihren Ausdruck in vielen der erhobenen Parameter, z.B. der Freizeitbeschäftigung mit Lesen, Fernsehen oder Besuch kultureller Veranstaltungen und dem während der Tagesklinik-Behandlung erzielten größeren Interesse und der Ausübung solcher Aktivitäten.

Unter Einbeziehung aller Befunde kann die Tagesklinik-Behandlung bei geronto-psychiatrischen Patienten als Alternative sowie als wertvolle Ergänzung zur stationären Behandlung bezeichnet werden, mit Vorteilen besonders für eine Integration bzw. Reintegration in die soziale Umgebung.

Die relativ geringe Wiederaufnahmerate im Vergleich zu anderen Tageskliniken mit jüngeren Patientengruppen und die geringere Verschlechterung der Wohnsituation im Vergleich zur stationär behandelten Gruppe entsprechen den Forderungen nach Vorbeugung und Aufschieben der Aufnahme in ein Pflegeheim und die Erhöhung der Milieutoleranz. Eine besondere Indikation besteht für die Gruppe der Patienten mit affektiven Psychosen.

1 Jahr nach der Entlassung aus der Behandlung ist bei allen verbesserten oder beseitigten Störungen und Beeinträchtigungen eine Verschlechterung festzustellen. Die Häufigkeit der Störungen bei der Aufnahme in die Tagesklinik wird jedoch bis auf das Item "psychisch-intellektuelle Störungen vorhanden: ja/nein" nicht erreicht, d.h. die Interventionseffekte sind auch nach 1 Jahr (meist nicht signifikant), in geringerem Ausprägungsgrad in ihrem Beitrag zum Gesundheitszustand nachzuweisen.

Das starke Absinken der Fertigkeiten in der sozial-praktischen Kompetenz in der Gruppe mit der Diagnose "affektive Psychosen" kann neben den wiederauftretenden Beeinträchtigungen des psychopathologischen Befundes durch einen Regressionseffekt verstärkt worden sein.

Die dargestellten Ergebnisse bedürfen der Erweiterung und Aufklärung spezieller Zusammenhänge; Voraussetzungen und Wirkungen von Einzelmaßnahmen und ihren Wechselwirkungen sollten untersucht werden, für eine korrigierende Verbesserung des Programms und eine verbesserte Indikationsstellung, vgl. AUSTIN et al. (1976). Dazu sind größere Untersuchungsgruppen, standardisierte Erhebungsbögen, evtl. multizentrische Studien notwendig.

Eine intensive, stützende und aktivierende Nachsorge unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutionen besonders der Poliklinik und Konsiliartätigkeit wie Einrichtungen der kommunalen Altenhilfe und Aktivitäten ehemaliger Patienten (vgl. KRETSCHMAR 1979, BERGMANN et al. 1978) fördert die Integration und Reintegration psychisch kranker alter Menschen und ist nach den Ergebnissen dieser Studie verstärkt zu fordern.

## 5. Zusammenfassung:

Der Verlauf tagesklinischer Behandlung bei 46 Patienten der geronto-psychiatrischen Tagesklinik-Psychiatrische Klinik der Universität/Rheinisches Landeskrankenhaus Düsseldorf wird mittels der Befunde bei der Aufnahme in die Tagesklinik, bei der Entlassung und dann nach einem Jahr bei einer Nachuntersuchung beschrieben.
Um der Komplexität der Interventionsform "Tagesklinik" zu entsprechen, erfolgte die Befunderhebung in Form von 175 Parametern aus den Bereichen: biographische Anamnese, sozialer Status, sozial-praktische Kompetenz mit Pflegestatus, psycho-pathologischer-, psycho-intellektueller-, somatisch-neurologischer Befund und Medikation.
Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Behandlung und bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr wird die Gruppe der Tagesklinik-Patienten mit einer Gruppe von 46, nach Alter, Geschlecht und Diagnose (ICD-Nr.) parallelisierten, lediglich stationär behandelten Patienten verglichen.
Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die Effektivität der Tagesklinik-Behandlung und ihre Bedeutung für die Erhaltung der sozial-praktischen Kompetenz der geronto-psychiatrischen Patienten diskutiert.
Eine differenzierte Analyse des Verlaufs zeigt die besondere Indikation der Tagesklinik-Behandlung für die Patienten mit endogenen Depressionen. Unsere Ergebnisse bestätigen darüber hinaus, daß durch ein spezielles Tagesklinik-Programm mit dem Schwerpunkt des Trainings sozialer Fertigkeiten eine Erhaltung bzw. Verbesserung der sozial-praktischen Kompetenz erreicht werden kann. Dies bleibt auch nach einem Jahr, wenn auch in deutlich geringerem Ausmaß, noch nachweisbar.

Literatur:


ANTHONY, W.A., BUELL, G.J., SHARATT, S., ALTHOFF, M.E.
Efficiacy of psychiatric rehabilitation
Psychological Bulletin (1972) Vol. 78 No. 8, 447-456

AUSTIN, N.K., LIBERMAN, R., KING, L.W., DeRISI, W.J.
A comparative evaluation of two day hospitals
J. Nervous and Mental Disease (1976) Vol. 163 No. 4, 253-262

BERGENER, M. Multimorbidität und Pathogenität in der Gerontopsychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der senilen Demenz und der zerebralen Gefäßprozesse
In: SCHUBERT, R., STÖRMER, A. Schwerpunkte in der Geriatrie 2 - Multimorbidität
Werk-Verlag München (1973) 103 ff

BERGER, M., BERGER, L.F.
An innovation program for a private psychogeriatric day center
J. Amer.Geriat.Soc. (1971) Vol. 19 No. 4, 332-336

BERGMANN, K. Psychogeriatric care in Great Britain with special reference to the place of the day hospital
In: Gerontopsychiatrie 2, Janssen-Symposien Bd. 9
Hrsg: KANOWSKI, S. Janssen Düsseldorf (1972), 339-354

BERGMANN, K., FOSTER, E.M., JUSTICE, A.W., MATTHEWS, V.
Management of the demented elderly patient in the community
Brit. J. Psychiat. (1978) Vol. 132, 441-449

BIEFANG, S., KÖPCKE, W., SCHREIBER, M.A.
Manual für die Planung und Durchführung von Therapiestudien
Reihe Informatik und Statistik
Springer Berlin (1979)

BOSCH, G. Zur Indikation tagesklinischer Behandlung
Nervenarzt (1971) Vol. 42 No. 9, 457-465

BOSCH, G., HÄFNER, H., KULENKAMPFF, C.
Sozialpsychiatrische Teilhospitalisierung- und Übergangseinrichtungen (Ausarbeitungen der Expertenkommission im Auftrag des Aktionsausschusses zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke)
Sozialpsychiat. Inf. (1971) Vol. 5, 39-56

BRAUER, H., KRETSCHMAR, J.H.
Die Bedeutung der Kooperation sozialer Dienste für die gerontopsychiatrische Tagesklinik Düsseldorf
In: Gerontopsychiatrie 8, Janssen-Symposien
Hrsg: OESTERREICH, K. Janssen Düsseldorf (1979), 247-259

BRAUER, H., KRETSCHMAR, J.H.
Die gerontopsychiatrische Tagesklinik
(zur Veröffentlichung eingereicht, September 1980)
Rheinisches Ärzteblatt

BUDSON, R.D., GROB, M.C., SINGER, J.E.
A follow-up study of Berkeley House - a psychiatric halfway house
Int.J.Soc.Psychiat. (1977) Vol. 23 No. 2, 120-131

CAMPELL, D.T., STANLEY, J.C.
Experimental and quasi-experimental design for research in teaching
In: SCHWARZ, E. Strategien der Unterrichtsforschung
Beltz Weinheim (1973)

CIOMPI, L. Allgemeine Psychopathologie des Alters
In: Psychiatrie der Gegenwart, Klinische Psychiatrie
Vol.III/2 Springer Berlin (1972)

CLAUSS, H., EBNER, F.
Grundlagen der Statistik
Verlag H. Deutsch Zürich, Frankfurt 2. Auflage (1975)

CROSS, K.W., HASSALL, C., GATH, D.
Psychiatric day-care, the new chronic population ?
Brit.J.Prev.Soc.Med. (1972) Vol. 26, 199-204

CUMMING, E., HENRY, W.E.
Growing old, the process of disengagement
Basic Books Inc. New York (1961)

DINGELDEIN, H. Die Bedeutung von Tagesbehandlungszentren in den Niederlanden
Vortrag gehalten auf dem Symposium der Deutsch-Niederländischen Gesellschaft, Thema: Tagesklinische Behandlung
Enschede 23.-24.11.1978

ETTLINGER, R.A., BEIGEL, A., FEDER, S.
The partial hospital as a transition from inpatient treatment: a controlled follow-up study
Mt.Sinai J. Med. (1972) Vol. 39, 251-257

ENQUETE: Materialsammlung III zur Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Bd. 16
Kohlhammer Stuttgart (1974)

EYSENCK, H.-J. The effects of psychotherapy
J.Consult.Psychol. (1952) Vol. 16, 319-324

FINZEN, A. Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung - notwendige Strukturreform oder unrealistisches Wunschdenken
Nervenarzt (1972) Vol. 43, 37-44

FINZEN, A. Zum Rahmenthema: Hat die Tagesbehandlung in der BRD eine Chance ?
Psychiat.Prax. (1974) Vol. 1, 33-35

FINZEN, A. Die Tagesklinik - Psychiatrie als Lebensschule
Piper München (1977)

FOLSOM, J.C. Reality orientation for the elderly mental patient
J.Geriat.Psychiat. (1968) Vol. 1, 291-307

GLASER, F.B. The Uses of day program
In: BELLAK, L., BARTEN, H., (Hrsg) Progress in community mental Health
McGraw Hill New York (1972)

GREENBLATT, M. Day hospital and therapeutic society ideal
In: EPPS, HANES (Hrsg): Day care of psychiatric patients
Thomas Springfield (1964), 3-19

GOLDSTEIN, S.E., CARLSON, S.
Evolution of an active psychogeriatric day hospital
Can.Med.Assoc.J. (1976) Vol. 115 No. 9, 874-876

GREGER, J. Psychoreaktive Erkrankungen im höheren Lebensalter
act.gerontol. (1974) Vol. 4, 541-547

GUY, W., CROSS, M., HOGARTY, G.E., DENNIS, H.
A controlled evaluation of day hospital effectiveness
Arch.Gen.Psychiat. (1969) Vol. 20, 329-338

HEINEMANN, S.H., YUDIN, L.W., PERLMUTTER, F.
A follow-up study of clients discharged from a day hospital aftercare program
Hospital and Community Psychiatry (1975) Vol. 26, 752-754

HEINEMANN, L. Chronische zerebrovaskuläre Krankheit
In: CEBOTAREV, BRÜSCHKE, SCHMIDT, SCHULZ
Handbuch der Gerontologie Vol III/1,
VEB Fischer Jena (1979), 162-171

HERZ, M.I., ENDICOTT, J., SPITZER, R.L., MESNIKOFF, A.
Day versus inpatient hospitalization: a controlled study
Amer.J.Psychiat. (1971) Vol. 127 No. 10, 1371-1382

HOFFMANN, S.O. Probleme der wissenschaftlichen Prüfung von Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung ethischer Fragen
In: HELMCHEN, H., MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B.
Psychiatrische Therapie-Forschung
Springer Heidelberg (1978), 41-49

HOGARTY, G.E., DENNIS, H., GUY, W., CROSS, G.M.
"Who goes there ?"-A critical evaluation of admission to a psychiatric day hospital
Amer.J.Psychiat. (1968) Vol. 124 No. 7, 934-944

HOLLINGSHEAD, A.B., REDLICH, F.C.
Social class and mental illness
Wiley & Sons New York (1958), 387-397

International classification of diseases
Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, 8. Revision
Deutsche Übersetzung der internationalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation WHO
Springer Heidelberg, Berlin 4. Auflage (1975)

KOLLER, S., WAGNER, G. (Hrsg)
Handbuch der medizinischen Dokumentation und Datenverarbeitung
Stuttgart (1975)

KANOWSKI, S. Zur Problematik von Kosten-Nutzen-Analysen in der Gerontopsychiatrie
In: Gerontopsychiatrie 6, Janssen Symposien
Hrsg: LAUTER, H. Janssen Düsseldorf (1977), 343-360

KRETSCHMAR, J.H., KRETSCHMAR, C., SCHMIDT, G., WESTERHOVEN, I.
Befindlichkeitsänderungen geriatrisch-psychiatrischer Patienten bei Aufnahme in die geschlossene Abteilung
In: Gerontopsychiatrie 3, Janssen Symposien Bd. 13
Hrsg: BERGENER, M. Janssen Düsseldorf (1973)

KRETSCHMAR, J.H.
Interventionsmöglichkeiten in der gerontopsychiatrischen Versorgung durch das Psychiatrische Krankenhaus
Z.Gerontologie (1979) Vol. 12, 141-148

KRETSCHMAR, J.H., BRAUER, H.
Probleme einer Effizienzprüfung in der Gerontopsychiatrie
In: Gerontopsychiatrie 8, Janssen Symposien
Hrsg: OESTERREICH, K. Janssen Düsseldorf (1979)

KRETSCHMAR, J.H.
Struktur und Funktion einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik
In: SCHÜTZ, R.M. (Hrsg) Zum Problemkreis "Geriatrische rehabilitative Tagesklinik"
Lübeck (1980)

LEERING, C. Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung
In: Gerontopsychiatrie 9, Janssen Symposien
Hrsg: KRETSCHMAR, J.H. Janssen Düsseldorf (im Druck) (1980)

LEHR, U. Psychologie des Alterns
Quelle & Meyer, UTB Heidelberg 2. Auflage (1974)

LEHR, U. Interventionsgerontologie
Verlag Steinkopff Darmstadt (1979)

LORENZE, E.J., HAMILL, C.M., OLİVER, R.C.
The day hospital: an alternative to institutional care
J.Amer.Geriat.Soc. (1974) Vol. 22 No. 7, 316-320

MARTINI, P., OBERHOFER, G., WELTE, E.
Methoden der therapeutisch-klinischen Forschung
Springer Berlin 4. Auflage (1968)

McDONNELL, D. An evalution of day centre care
Int.J.Soc.Psychiat. (1977) Vol. 23 No. 2, 110-119

MICHAUX, M.H., CHELST, M.R., FOSTER, S.A., PRUIM, R.J., DASINGER, E.M.
Postrelease adjustment of day an full-time psychiatric patients
Arch.Gen.Psychiat. (1973) Vol. 29, 647-651

OESTERREICH, K.
Psychiatrie des Alterns
Quelle & Meyer, UTB Heidelberg (1975)

PENK, W.E., CHARLES, H.L., VAN HOOSE, T.A.
Comparative effectiveness of day hospital and inpatient psychiatric treatment
J.Consult.Clin.Psychol. (1978) Vol. 46 No. 1, 94-101

PLANZAGL, J. Allgemeine Methodenlehre der Statistik Bd. 2
De Gruyter Berlin 5. Auflage (1972)

Rahmenthema Tagesbehandlung
Psychiat.Prax. (1974) Vol. 1, 35-74

RUFFIN, H. Das Alter und die Psychiatrie des Seniums
In: Psychiatrie der Gegenwart, Vol. II
Springer Berlin (1960) 1088 ff

SCHNEIDER, H.-D.
Aspekte des Alterns
Ergebnisse sozialpsychologischer Forschung
Fischer Athenäum Frankfurt (1974)

Statistical Package for Social Sciences, Version 7
Statistik-Programm für die Sozialwissenschaften, Version 7
Hrsg: BEUTEL, P., KÜFFNER, H., RÖCK, E., SCHUBO, W.
Fischer Stuttgart 4. Auflage (1978)

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg)
Statistisches Jahrbuch
Kohlhammer Stuttgart (1978)

STEINKOPFF, E. Der Standort der Tagesklinik im System der psychiatrischen Rehabilitation
Z.ärztl.Fortbildung (1968) Vol. 62 No. 1, 50-52

TISMER, K.G., LANGE, U., ERLEMEIER, N., TISMER-PUSCHNER, I.
Psychosoziale Aspekte der Situation älterer Menschen
Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 28
Kohlhammer Stuttgart (1975)

THOMAE, H. Reaktionen auf Belastungen im Alter
In: SCHÜTZ, R.M. (Hrsg) Zum Problemkreis "Geriatrisch-rehabilitative Tagesklinik"
Lübeck (1980)

ÜBERLA, K. Die biometrische Prüfung und Auswertung klinischer Prüfungen
In: v.EICKSTEDT, K.W., GROSS, F. (Hrsg) Klinische Arzneimittelprüfung
Stuttgart (1975), 137-144

VANNICELLI, M., WASHBURN, S., SCHEFF, B.J., LONGABAUGH, R.
Comparison of usual and experimental patients in a psychiatric day center
J.Consult.Clin.Psychol. (1978) Vol. 46 No. 1, 87-93

VIETZE, G., LANGE, E., FICKER, F., OST, H.
Tages-Nacht-Therapeutikum (TNT)-ein notwendiger Schritt zur besseren Betreuung psychisch Kranker
Psychiat.Neurolog.Med.Psychol. (1976) Vol. 28 No. 5, 298-306

VOGEL, T., LUNGERSHAUSEN, E.
Soziale und andere exogene Faktoren im Vorfeld depressiver Psychosen des Involutionsalters
Arch.Psychiat.Nervenkrankheiten (1974) Vol. 219, 187-196

WASHBURN, S., VANNICELLI, M., LONGABAUGH, R., SCHEFF, B.J.
A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitaliation
J.Consult.Clin.Psychol. (1976) Vol. 44 No. 4, 665-675

WIETHÖLTER, H. Tagesbehandlung
Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie
DGSP Wunstorf (1975) Heft 12

WILDER, J.F., LEVIN, G., ZWERLING, I.
A two-year follow-up evaluation of acute psychotic patients treated in a day hospital
Amer.J.Psychiat. (1966) Vol. 122, 1095-1101

WING, J.K. Wissenschaftliche Prüfung der sozialen Aspekte psychiatrischer Therapie
In: HELMCHEN, H., MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B.
Psychiatrische Therapie-Forschung
Springer Heidelberg (1978), 27-40

ZEPELIN, H., WADE, S.
A study of effectiveness of reality orientation classes
Paper presented at annual meeting of gerontological society, Luisville October (1975)

Anhang:
Erhebungsbogen

Biographische Anamnese und sozialer Status

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gruppe | 1 Tagesklinik | 2 stationär | ..... |
| Name: | ..... | ..... | |
| Vorname: | ..... | ..... | |
| Geburtsdatum: | ..... | ..... | |

| | | |
|---|---|---|
| Zum 3. Meßzeitpunkt | 1 lebend: 2 tot: | ..... |
| Hauptdiagnose | | ..... |
| Nebendiagnose | | ..... |
| Anzahl früherer stationärer Behandlung | | ..... |
| Alter (in Jahren) | | ..... |
| Familienstand | 1 ledig | ..... |
| | 2 verheiratet | |
| | 3 verwitwet | |
| | 4 geschieden/getrennt lebend | |
| Angehörige | 1 keine lebenden Angehörigen | ..... |
| | 2 Eltern | |
| | 3 Geschwister | |
| | 4 Kinder | |
| | 5 Geschwister und Kinder | |
| | 6 andere | |
| Religion | 1 evangelisch | ..... |
| | 2 römisch-katholisch | |
| | 3 andere | |
| Rechtsgrundlage der Unterbringung | 1 freiwillig | ..... |
| | 2 Pflegschaft | |
| | 3 Vormund | |
| | 4 Psych. KG. | |
| | 5 gerichtliche Anordnung | |
| Berufstätig zum 3. Meßzeitpunkt | 1 nein | ..... |
| | 2 ja | |
| früheres Arbeitsverhältnis | 1 Hausfrau | ..... |
| | 2 Selbständig/Handwerker | |

| | | |
|---|---|---|
| | 3 Angestellter | |
| | 4 Arbeiter | |
| | 9 nicht erhebbar | |
| Schulbildung | 1 Volksschule | .... |
| | 2 Realschule | |
| | 3 Abitur | |
| | 4 Handelsschule | |
| | 5 andere | |
| | 9 nicht erhebbar | |
| Einweisungsmodus | 1 selbständig | .... |
| | 2 Hausarzt, Psychiater oder Neurologe | |
| | 3 Vormund/Pfleger | |
| | 4 Ämter | |
| | 5 Krankenhaus | |
| | 6 Familienangehörige, Bekannte, Nachbar | |
| | 7 eigene Poliklinik | |
| | 9 nicht erhebbar | |
| Wohnsituation | 1 eigenes Haus | .... |
| | 2 eigene Mietwohnung | |
| | 3 Altenwohnheim | |
| | 4 Altenheim | |
| | 5 Altenkrankenhaus | |
| | 9 nicht erhebbar | |
| Wohnform | 1 allein lebend | .... |
| | 2 nur mit Ehepartner | |
| | 3 nur mit Kindern | |
| | 4 mit Ehepartner und Kindern | |
| | 5 mit anderen Angehörigen | |
| | 6 mit anderen Partnern | |
| | 7 Mehrbettzimmer in einem Heim | |
| | 8 Einbettzimmer in einem Heim | |
| | 9 nicht erhebbar | |
| Alter bei Auftreten der Erkrankung (in Jahren) | | .... |
| Dauer der jetztigen Behandlung (in Wochen) | | .... |
| Neuropsychiatrische Erkrankungen in der Familie | 1 nein | .... |
| | 2 ja | |
| Unfälle | 1 nein | .... |
| | 2 ja | |

Sozial-praktische Kompetenz
(nicht erhebbare Items werden mit 9 verschlüsselt)

| | | |
|---|---|---|
| Fortbewegung | 1 ohne Behinderung | ..... |
| | 2 mit teilweiser Behinderung | |
| | 3 echt funktionelle Ausfälle | |
| | 4 bettlägerig | |
| Stuhlregulierung | 1 kontinent | ..... |
| | 2 inkontinent | |
| Miktion | 1 kontinent | |
| | 2 inkontinent | |
| Kleidung (Unterwäsche, Oberkleidung ordentlich, Pat. kann selbst Knöpfe zumachen und Schnürsenkel schnüren) | 1 ohne Hilfe | ..... |
| | 2 teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 bedarf der vollständigen Hilfe | |
| Waschen | 1 ohne Hilfe | ..... |
| | 2 teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 bedarf vollständiger Hilfe | |
| Baden (in die Badewanne steigen) | 1 ohne Hilfe | ..... |
| | 2 teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 bedarf vollständiger Hilfe | |
| Frisieren, Kämmen | 1 ohne Hilfe | ..... |
| | 2 teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 bedarf vollständiger Hilfe | |
| Maniküre und Pediküre | 1 ohne Hilfe | ..... |
| | 2 teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 bedarf vollständiger Hilfe | |
| Toilettenbenutzung (Pat. kann sich auf Toilettendeckel setzen) | 1 ohne Hilfe | ..... |
| | 2 teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 bedarf vollständiger Hilfe | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Handhabung orthopädischer Hilfen | 1 | ohne Hilfe | ..... |
| | 2 | teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 | bedarf vollständiger Hilfe | |
| Kochen (Mittagessen) | 1 | ohne Hilfe | ..... |
| | 2 | teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 | bedarf vollständiger Hilfe | |
| Wohnungsreinigung (Fensterputzen) | 1 | ohne Hilfe | ..... |
| | 2 | teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 | bedarf vollständiger Hilfe | |
| Einkaufen (Wer besorgt Lebensm.) | 1 | ohne Hilfe | ..... |
| | 2 | teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 | bedarf vollständiger Hilfe | |
| Hobbyarbeiten und Spiele (Üben Sie ein Hobby aus ?) | 1 | nein | ..... |
| | 2 | ja | |
| Regelung des Geschäftsverkehrs (Wer regelt Miete, Rente, Wassergeld ?) | 1 | ohne Hilfe | ..... |
| | 2 | teilweise auf Hilfe angewiesen | |
| | 3 | bedarf vollständiger Hilfe | |
| Verkehrstüchtigkeit (Kommen Sie bei Grün rechtzeitig über den Zebrastreifen ?) | 1 | verkehrstüchtig | ..... |
| | 2 | bedingt verkehrstüchtig | |
| | 3 | verkehrsuntüchtig | |
| Besuch von kulturellen Veranstaltungen (Wann waren Sie zuletzt im Kino o.a. ?) | 1 | nein | ..... |
| | 2 | ja | |
| Lesen (Was haben Sie in den letzten 4 Wochen gelesen ?) | 1 | nichts | ..... |
| | 2 | Zeitung, Illustrierte | |
| | 3 | Roman, Belletristik | |
| | 4 | Fachbücher | |
| Fernsehen und Radio (Was haben Sie in den letzten 4 Wochen gesehen oder gehört ?) | 1 | nichts | ..... |
| | 2 | mindestens 1 Sendung | |

| | | |
|---|---|---|
| Gymnastik (Kniebeugen) | 1 möglich<br>2 nicht möglich | ..... |

Psychopathologischer Befund:
(Alle Items werden auf nicht vorhanden 1 bzw. vorhanden 2 geprüft und verschlüsselt. Nicht erhebbare Items werden mit 9 verschlüsselt)

| | | |
|---|---|---|
| Formale Denkstörung: | gehemmt | ..... |
| | gesperrt | ..... |
| | verlangsamt | ..... |
| | perseverierend | ..... |
| | zerfahren | ..... |
| | vorbeireden | ..... |
| Überwertige Ideen, Phobien und Zwänge: | Hypochondrie | ..... |
| | Zwangsdenken | ..... |
| | Phobien | ..... |
| Wahn: | Wahnstimmung | ..... |
| | Wahnwahrnehmung | ..... |
| | Wahngedanken | ..... |
| | Systemat. Wahn | ..... |
| | Schuldwahn | ..... |
| | Hypochondrischer Wahn | ..... |
| | Verarmungswahn | ..... |
| | Größenwahn | ..... |
| | Beziehungswahn | ..... |
| | Verfolgungswahn | ..... |
| | anderer Wahn | ..... |
| Sinnestäuschungen: | Illusionen | ..... |
| | Akustische Halluzinationen | ..... |
| | andere Halluzinationen | ..... |
| Ich- und Persönlichkeitsstörungen | | ..... |
| Verstimmungs- und Gefühlsstörungen: | ratlos | ..... |
| | gefühlsverarmt | ..... |
| | gefühllos | ..... |
| | Störung der Vitalgefühle | ..... |

| | | |
|---|---|---|
| | deprimiert | ..... |
| | hoffnungslos, verzweifelt | ..... |
| | ängstlich | ..... |
| | euphorisch | ..... |
| | mißtrauisch, gereizt | ..... |
| | gespannt | ..... |
| | klagsam | ..... |
| | unruhig | ..... |
| | läppisch | ..... |
| | Insuffizienzgefühl | ..... |
| | gesteigertes Selbstwertgefühl | ..... |
| | Schuldgefühl | ..... |
| | Verarmungsgefühl | ..... |
| | ambivalent | ..... |
| | affektiv inadäquat | ..... |
| | affektlabil | ..... |
| | affektinkontinent | ..... |
| | andere Störungen | ..... |
| Psychomotorische Störungen: | antriebsarm | ..... |
| | antriebsgehemmt | ..... |
| | mutistisch | ..... |
| | antriebsgesteigert | ..... |
| | motorisch unruhig | ..... |
| | Stereotypien | ..... |
| | negativistisch | ..... |
| | maniriert | .... |
| | Sprachzerfall, Neologismen | .... |
| | Logorrhoe | .... |
| Verlaufsbesonderheiten: | abends besser | ..... |
| | morgens besser | .... |
| Störung des Sozialverhaltens: | Kontakt vermindert | ..... |
| | Kontakt vermehrt | ..... |
| | Krankheitsgefühl | ..... |
| | Krankheitseinsicht | ..... |
| | Ablehnung der Behandlung | ..... |
| Suicidalität | | ..... |
| Aggression | | ..... |

Psycho-intellektueller Befund:
(nicht erhebbare Befunde werden mit 9 verschlüsselt.)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Psycho-intellektuelle Ausfälle | 1 | nicht vorhanden | ..... |
| | 2 | vorhanden | |
| | 9 | nicht erhebbar | |
| Bewußtseinslage | 1 | klar | ..... |
| | 2 | somnolent | |
| | 3 | stuporös | |
| | 4 | komatös | |
| | 5 | delirant verwirrt | |
| Orientierung zeitlich | 1 | gut | ..... |
| | 2 | unscharf | |
| | 3 | schlecht | |
| örtlich | 1 | gut | ..... |
| | 2 | unscharf | |
| | 3 | schlecht | |
| situativ | 1 | gut | ..... |
| | 2 | unscharf | |
| | 3 | schlecht | |
| autopsych. | 1 | gut | ..... |
| | 2 | unscharf | |
| | 3 | schlecht | |

Merkfähigkeit und Konzentration
(Merken von 3 Gegenständen, Schlüssel, Geldstück, Bleistift über 7 Minuten)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 1 | drei Gegenstände | ..... |
| | 2 | zwei Gegenstände | |
| | 3 | ein Gegenstand | |
| | 4 | kein Gegenstand | |
| Zahlen nachsprechen vorwärts | 1 | 5 - 6 | ..... |
| | 2 | 3 - 4 | |
| | 3 | 0 - 2 | |
| Zahlen nachsprechen rückwärts | 1 | 3 - 4 | ..... |
| | 2 | 2 | |
| | 3 | 0,1 | |

| | | |
|---|---|---|
| Monate des Jahres rückwärts | 1 kein Fehler | .... |
| | 2 2 Fehler | |
| | 3 mehr als 2 Fehler | |
| Frischgedächtnis (Was gab es zum Mittagessen ? Was haben Sie gestern abend gemacht ?) | 1 beide Fragen erinnert | .... |
| | 2 eine Frage erinnert | |
| | 3 keine Frage erinnert | |
| Altgedächtnis (Wer war Adenauer ? Wann begann der 2. Weltkrieg ?) | 1 kein Fehler | .... |
| | 2 eine Frage richtig | |
| | 3 keine Frage richtig | |
| Zeitgitter | 1 o. B. | .... |
| | 2 gestört | |
| Auffassungsvermögen | 1 o. B. | .... |
| | 2 beeinträchtigt | |
| Kombinatorisches Denken (Bilden Sie einen Satz mit den Wörtern Kind, Wiese, Blume !) | 1 gelingt | .... |
| | 2 gelingt nicht | |
| Sprichwörterdenken (Was bedeutet: Lügen haben kurzen Beine, Not bricht Eisen ?) | 1 gelingen beide | .... |
| | 2 ein Sprichwort gut | |
| | 3 nicht möglich | |
| Gedächtnisverfälschungen | 1 nicht vorhanden | .... |
| | 2 vorhanden | |

Somatisch-neurologischer und hirnpathologischer Befund
(Nicht erhebbare Items werden mit 9 verschlüsselt)

| | | |
|---|---|---|
| Ernährungszustand | 1 normal | ..... |
| | 2 Übergewichtig | |
| | 3 untergewichtig | |
| Gewicht (in Kg) | | ..... |
| Visus | 1 o. B. | ..... |
| | 2 pathologisch (path.) | |
| Gehör | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| Zähne | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| Kopf, Hals | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| andere Sinnesorgane | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| Herzrhythmus | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| Herzkranzgefäße | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| Herzinsuffizienz | 1 nicht vorhanden | ..... |
| | 2 vorhanden | |
| andere Kardinalstörungen | 1 nicht vorhanden | ..... |
| | 2 vorhanden | |
| Lungenerkrankungen | 1 nicht vorhanden | ..... |
| | 2 vorhanden | |
| Blutdruck | 1 normoton | ..... |
| | 2 hyperton | |
| | 3 hypoton | |
| Systolischer Blutdruck | | ..... |
| Diastolischer Blutdruck | | ..... |
| Seitendifferenz | 1 nicht vorhanden | ..... |
| | 2 vorhanden | |
| Puls | | ..... |

Die folgenden 8 Items werden mit 1 = nicht vorhanden / 2 = vorhanden verschlüsselt.

| | | |
|---|---|---|
| Durchblutungsstörungen | | .... |
| Niereninsuffizienz | | .... |
| Harnwegsinfekt | | .... |
| Prostatahypertrophie/gynäkol. Erkrankungen | | .... |
| Diabetes mellitus | | .... |
| weitere Befunde | | .... |
| Störung des Vegetativums (Hydrosis, Dermographie) | | .... |
| Sprachstörungen | | .... |
| Hirnnerven | 1 o. B. | .... |
| | 2 path. rechts | |
| | 3 path. links | |
| | 4 path. beidseits | |
| | 5 andere | |
| Pupillen | 1 o. B. | .... |
| | 2 abweichend | |
| | 3 anisokor | |
| Gang | 1 o. B. | .... |
| | 2 path. rechts | |
| | 3 path. links | |
| | 4 path. beidseits | |
| | 5 andere | |
| Feinmotorik der Hand | 1 o. B. | .... |
| | 2 path. rechts | |
| | 3 path. links | |
| | 4 path. beidseits | |
| Übrige Koordination | 1 o. B. | .... |
| | 2 pathologisch | |
| Muskeltonus | 1 normoton | .... |
| | 2 hyperton | |
| | 3 hypoton | |
| | 4 spastisch | |
| | 5 Rigor | |

| | | |
|---|---|---|
| Extrapyramidale Motorik | 1 o. B. | ..... |
| | 2 pathologisch diskret | |
| | 3 Tremor beider Hände | |
| | 4 Tremor rechts | |
| | 5 Tremor links | |
| | 6 generalisiert | |
| Reflexe | 1 o. B. | ..... |
| | 2 rechts erhöht | |
| | 3 rechts abgeschwächt | |
| | 4 links erhöht | |
| | 5 links abgeschwächt | |
| | 6 beidseits erhöht | |
| | 7 beidseits abgeschwächt | |
| Spastische Zeichen (Babinski) | 1 o. B. | ..... |
| | 2 rechts | |
| | 3 links | |
| | 4 beidseits | |
| Sensibilität | 1 o. B. | ..... |
| | 2 rechts gesteigert | |
| | 3 rechts abgeschwächt | |
| | 4 links gesteigert | |
| | 5 links abgeschwächt | |
| | 6 allgemeine Hypersensib. | |
| | 7 allgemeine Hyposensib. | |
| Laborwerte | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| EKG | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| Röntgen-Thorax | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| Röntgen-Schädel | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| Röntgen-andere | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| EEG | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |

| | | |
|---|---|---|
| Computertomogramm d. Schädels | 1 o. B. | ..... |
| | 2 path. | |
| Krampfanfälle | 1 nicht vorhanden | ..... |
| | 2 vorhanden | |
| Schlaf | 1 o. B. | ..... |
| | 2 Einschlafstörungen | |
| | 3 Durchschlafstörungen | |
| | 4 Schlafneigung am Tag | |
| Appetit | 1 o. B. | ..... |
| | 2 gut | |
| | 3 schlecht | |
| Durst | 1 o. B. | ..... |
| | 2 gut | |
| | 3 schlecht | |
| Übelkeit und Emesis | 1 nicht vorhanden | |
| | 2 vorhanden | |
| Stuhlgang | 1 o. B. | ..... |
| | 2 obstipiert | |
| | 3 Diarrhoe | |
| Miktionsstörung | 1 nicht vorhanden | ..... |
| | 2 vorhanden | |
| Schwindel und Kopfschmerzen | 1 nicht vorhanden | ..... |
| | 2 vorhanden | |
| Sexualität | 1 altersentsprechend | ..... |
| | 2 reduziert | |
| | 3 gesteigert | |

Hirnpathologischer Befund:

Hinwerkzeugstörungen
1 nicht vorhanden .....
2 vorhanden

Amnestische Aphasie (Geld, Löffel, Bleistift zeigen)
1 o. B. .....
2 2 benannte Gegenstände
3 1 benannter Gegenstand
4 0 benannte Gegenstände

Motorische Aphasie
1 nicht vorhanden .....
2 vorhanden

Sensorische Aphasie (Tür und rechtes Knie zeigen lassen)
1 nicht vorhanden .....
2 vorhanden

Alexie
1 nicht vorhanden .....
2 vorhanden

Agraphie (Name schreiben, einmal vorlesen und abschreiben, einmal nur abschreiben lassen. Vorgelesen wird: Der Mai ist gekommen. Abgeschr.: Alle Jahre wieder.)
1 nicht vorhanden .....
2 vorhanden

Akalkulie (103-3 u. 27:3)
1 nicht vorhanden .....
2 1 Aufgabe falsch
3 beide Aufgaben falsch

Stereognosie (Schlüssel, Geld)
1 beide erkannt .....
2 1 nicht erkannt
3 beide nicht erkannt

Somatopagnosie (Linker Ringfinger und rechtes Ohr sollen gezeigt werden)
1 kein Fehler .....
2 1 Fehler
3 2 Fehler

Visuelle Agnosie (Schlüsselbund
und Papier benennen lassen)

1 0 Fehler .....
2 1 Fehler
3 2 Fehler

Ideokinetische Apraxie
(Anklopfen und Stirnrunzeln)

1 gelingt .....
2 gelingt nicht

Ideatorische Apraxie
(Papier falten)

1 gelingt .....
2 gelingt nicht

Konstruktive Apraxie
(Viereck und Dreieck u. eine
Hand aus dem HAWIE zeichnen lassen)

1 o. B. .....
2 gelingt nicht

Medikamente
(Nicht erhebbare Items werden mit 9 verschlüsselt)

Digitalispräparate 1 nicht verordnet .....
2 verordnet

Hirndurchblutungsfördernde
Medikamente 1 nicht verordnet .....
2 verordnet

Psychopharmaka 1 nicht verordnet .....
2 verordnet

andere Medikamente 1 nicht verordnet .....
2 verordnet

Besondere Ereignisse im Verlauf des 1 Jahres von der
Entlassung aus der Behandlung bis zur Nachuntersuchung

1 Tod eines nahen Angehörigen .....
2 Krankheit
3 Umzug
4 Wiederaufnahme in psych. Klinik
5 keine
6 andere

Herrn Prof. Dr. med. K. Heinrich danke ich für die Überlassung des Themas. Beim Entwurf und der Durchführung dieser Arbeit waren mir sein Rat und seine Anregungen eine große Hilfe. Den ärztlichen Mitarbeitern danke ich für die weitere Unterstützung.

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, daß ich die Arbeit ohne unerlaubte Hilfe verfaßt habe. Weiterhin versichere ich, daß diese Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

Hofgeismar, den 5. März 1981

Lebenslauf

Am 04.07.1956 wurde ich als zweites von 4 Kindern des Landwirts Georg Kersten und seiner Ehefrau Beate, geb. Bender in Hofgeismar geboren.

Im April 1963 wurde ich in die Grundschule in Hofgeismar-Carlsdorf eingeschult und besuchte nach deren Abschluß ab Dezember 1966, im zweiten Kurzschuljahr in Hessen, die Klasse 5 der Realschule Hofgeismar. Zu Beginn des 6. Schuljahres wechselte ich in die Quinta der Albert-Schweitzer-Schule, Gymnasium, in Hofgeismar, wo ich im Mai 1975 im mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig meine Reifeprüfung ablegte.

Zum Wintersemester 1975/76 begann ich mit dem Studium der Psychologie an der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Düsseldorf. Ende des Sommersemesters 1977 absolvierte ich in diesem Fach die Diplomvorprüfung. Im Sommersemester 1976 nahm ich das Studium der Medizin an der Universität Düsseldorf auf, wo ich im August 1981 den 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung ablegen werde.

Hofgeismar, den 5. März 1981

Barbara Kersten

Druck und Verarbeitung: copy shop, darmstadt, tel. 21353